

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

DU TRAITEMENT DE L'OTITE MOYENNE AIGUE  
PAR LES INSUFFLATIONS D'AIR

Par le D. **A. COURTADE**, ancien assistant d'oto-laryngologie  
à l'hôpital Lariboisière.

Dans le cours d'un coryza aigu, généralement du quatrième au huitième jour, il est assez fréquent de voir apparaître une otite moyenne aiguë caractérisée par des douleurs vives, à exacerbation nocturne, de la sensation de gêne, de plénitude dans l'oreille et une surdité plus ou moins forte ; les phénomènes généraux varient avec l'âge, le tempérament de l'individu et l'intensité de l'inflammation.

Si, dans les premières heures, on examine le tympan, on constate une injection vasculaire intense, limitée encore au manche du marteau et à la membrane de Schrapnell mais qui peut gagner la membrane du tympan entière, si on n'intervient pas immédiatement ; celle-ci perd son poli par infiltration de la couche cutanée et se trouve repoussée en dehors quand il s'est formé une sécrétion abondante dans la caisse.

Il est inutile de rappeler le traitement de l'otite moyenne par les antiphlogistiques et les instillations calmantes que chaque praticien connaît, car je n'ai en vue que d'attirer l'attention sur un moyen qui est à la fois sédatif et curatif quand on peut l'appliquer dès le début de l'affection et dans les cas de moyenne intensité : c'est l'insufflation d'air.

Si, dès qu'apparaissent les douleurs, on pratique une insufflation d'air, le malade se sent soulagé, la tête lui semble plus libre et la surdité diminue ou disparaît ; à une période plus avancée on peut même percevoir, avec l'otoscope, le bruit de gros râles muqueux.

Dans bien des cas, surtout chez les enfants, une seule insufflation suffit pour calmer les douleurs et faire rétrogresser le processus inflammatoire. Voici ce que nous avons constaté à plusieurs reprises : dans le cours d'un coryza ou d'une angine, l'enfant se plaint tout à coup d'une douleur très vive dans une oreille ; la douleur est telle qu'elle l'empêche de dormir ou le réveille ; l'examen du tympan révèle l'état que nous avons mentionné plus haut.

Si, dans ces conditions, on opère l'aération de la caisse, les douleurs disparaissent comme par enchantement et, souvent, ne reviennent plus.

On objectera, et cela avec raison, que de semblables poussées sont fréquentes chez les enfants et que, très souvent, tout rentre dans l'ordre sans aucun traitement et sans suppuration ; mais on m'accordera aussi que, dans ces cas, si les accidents disparaissent spontanément ce n'est que graduellement, en deux ou trois jours au moins, tandis qu'avec une insufflation l'amélioration est pour ainsi dire instantanée et souvent définitive.

Si on a moins souvent l'occasion d'observer ces effets heureux chez l'adulte que chez l'enfant, cela tient à ce que le premier temporise et ne vient consulter que lorsqu'il ne peut plus travailler ou dormir. Nous pourrions citer plusieurs observations de ce genre mais nous nous bornerons à rappeler celle que nous avons insérée dans notre *Manuel de traitement des maladies de l'oreille* (1893) et qui est des plus typiques : une jeune femme de 24 ans, dans le cours d'un coryza aigu, est prise brusquement de douleurs dans l'oreille droite, assez vives pour l'empêcher de dormir ; les bruits subjectifs qu'elle compare au son des cloches sont intenses, la surdité est très notable du côté malade.

Le tympan extrêmement injecté, dans sa presque totalité, n'a pas encore perdu son poli. L'insufflation d'air, par le procédé de Politzer, est pratiquée environ vingt-quatre heures après le début de l'affection et n'a point été douloureuse ; avec l'otoscope, on perçoit le bruit de gros râles muqueux ; l'insufflation a été renouvelée six heures après.

Tous les symptômes ont dès lors disparu et, sans autre mé-

dication que la douche d'air, l'otite moyenne s'est arrêtée.

Si le cas est moins récent, l'amélioration est moins instantanée et on est alors obligé de revenir à plusieurs reprises aux insufflations d'air. Voici trois observations qui prouvent assez le bénéfice qu'on peut retirer de ce mode de traitement.

OBSERVATION I. — M<sup>me</sup> X..., âgée de 30 ans, a éprouvé fréquemment, vers 14 ou 15 ans, des douleurs d'oreilles qui n'ont jamais été suivies d'écoulement ; comme elle présente encore des traces de végétations adénoïdes et que sa fillette, âgée de 8 ans, a été opérée par nous de ces mêmes tumeurs, il est très probable que les poussées d'otite étaient provoquées par de l'adénoïdite à répétition.

Elle vient nous consulter le 19 novembre 1897 parce que, depuis quelques jours, les oreilles se sont mises à couler après une période de douleurs assez longue ; la surdité est si prononcée qu'elle n'entend que la voix haute. Après nettoyage des conduits auditifs, qui sont remplis de débris épidermiques et de grumeaux purulents, on constate les lésions suivantes : le tympan droit, d'un rouge vif, présente de la voussure de son segment postéro-supérieur ; le gauche a le même aspect et en plus un enfoncement du segment antérieur dû à d'anciennes adhérences ; pas de perforation visible.

Après la première insufflation il survient une amélioration instantanée qui dure 48 heures ; la douche d'air est alors renouvelée et quand, le 25, nous revoyons la malade, il ne s'est pas produit de suppuration et l'audition est revenue à son état antérieur.

OBS. II. — M. X..., âgé de 30 ans, est atteint de suppuration de l'oreille gauche, depuis plusieurs années. Mais, depuis trois jours, à la suite de coryza, il a éprouvé dans l'oreille droite des douleurs très vives qui s'irradient vers la pointe de l'apophyse mastoïde et qui troublent son sommeil.

A l'examen, pratiqué le 21 décembre 1897, nous constatons, à gauche, l'existence d'une perforation de la moitié antérieure de la membrane de Schrapnell, tandis que le reste du tympan est intact, sauf un peu d'opacité et d'épaississement ; cette oreille coule depuis 15 ou 20 ans.

L'oreille droite, malade seulement depuis 3 jours, a son tympan uniformément rouge foncé, sans dépoli de sa face externe ; le triangle lumineux est très irrégulier ; il n'existe pas de voussure appréciable.

L'insufflation d'air provoque un bruit de gros râles muqueux, perçus avec l'otoscope ; l'amélioration de l'ouïe est immédiate. Les douleurs n'ont plus reparu mais il a fallu quelques séances d'aération de la caisse pour faire disparaître la sécrétion ; l'ouïe est redevenue normale.

La question de la suppuration de la région de la membrane de Schrapnell qui n'est qu'incidente au sujet que nous traitons, doit être mise à l'écart, car cette forme d'otorrhée exige un traitement spécial ; ajoutons cependant que l'air ne passait pas par cette perforation, comme c'est la règle, et qu'une Compagnie d'assurance sur la vie a refusé d'accepter ce client sur son aveu qu'il avait « un petit écoulement de l'oreille gauche ».

OBS. III. — M<sup>me</sup> de X., 20 ans, est atteinte depuis deux semaines d'un coryza très intense ; depuis trois jours, elle éprouve, dans l'oreille droite, des douleurs assez vives pour l'empêcher de dormir.

A l'examen, pratiqué le 8 juin 1900, nous constatons l'existence d'un coryza très violent avec sécrétion purulente très abondante ; sur le tympan droit existent de petites croûtes brunâtres, sèches, vestiges très probables de phlyctènes hémorrhagiques desséchées ; le manche du marteau et la membrane de Schrapnell sont très injectés.

Pour calmer ses douleurs, la malade a fait usage de solution de cocaïne et d'acide phénique en instillations et n'en a pas éprouvé de soulagement appréciable.

L'insufflation provoque le bruit de gros râles muqueux, améliore l'audition et calme les douleurs.

Après six insufflations faites à deux jours d'intervalle et sans aucun autre traitement local, les bourdonnements disparaissent et l'ouïe redevient normale.

L'opportunité des insufflations d'air dans l'otite moyenne aiguë a été diversement appréciée. Politzer, par exemple, les proscriit au début de l'affection « parce que, d'après l'expérience, dit-il, pendant la période de réaction, l'accroissement subit de la pression de l'air dans la caisse, tel qu'il résulte de l'éternuement, de l'action de se moucher, de l'éruclation, augmente, en général, la douleur et l'irritation.

La conclusion est : « qu'aussi longtemps qu'une forte douleur existe dans l'oreille, il n'y a pas à pratiquer de douche d'air et



que c'est seulement après la cessation des symptômes de réaction et lorsque l'ouïe commence à diminuer rapidement que les insufflations d'air dans l'oreille moyenne sont indiquées ».

Trœltzsch, au contraire, est d'avis que « plus tôt on fait des injections d'air, plus on abrège la durée des symptômes inflammatoires et plus aussi on amoindrit les suites fâcheuses du processus morbide ».

Pour expliquer la divergence de vue de ces deux maîtres d'otologie on peut admettre qu'ils ne se sont pas prononcés sur des cas exactement semblables, tant sont variés les degrés d'inflammation de l'oreille moyenne que l'on peut observer et aussi la sensibilité du sujet qui en est atteint.

C'est pour cela qu'il est difficile d'ériger une règle absolue en pareille matière et il n'y a guère que le sens clinique du praticien qui peut le guider dans le mode d'intervention et reconnaître que, dans tel cas, il convient de recourir à la douche d'air et dans tel autre ce traitement est inutile ou dangereux.

Si nous nous rangeons à l'avis de Politzer pour les cas très aigus, comme on peut l'observer dans la grippe ou toute autre maladie infectieuse, cas dans lesquels l'altération tympanale est rapide, la sécrétion muco-purulente abondante et où la paracentèse s'impose à bref délai, nous sommes avec Trœltzsch pour les cas moins aigus, quand l'infiltration de la membrane du tympan n'est pas encore développée, que cela tienne à ce que le début est encore tout récent ou à ce que l'inflammation est primitivement moins intense.

Comme exemple de rapidité de l'évolution de l'otite moyenne aiguë nous pouvons citer l'observation suivante qui est toute récente :

M<sup>me</sup> X., atteinte, depuis huit jours, de coryza grippal, est prise brusquement de douleurs extrêmement vives dans l'oreille gauche ; à l'examen, pratiqué quelques heures après, nous constatons sur le tympan gauche la présence de plusieurs phlyctènes hémorrhagiques, tandis que le tympan droit ne présente aucune altération.

Deux jours après il y avait perforation spontanée des deux tympanes avec issue de liquide séro-sanguinolent puis de pus ; la guérison survint en quinze jours pour l'oreille droite et en quatre à cinq semaines seulement pour la gauche.

Dans des cas aussi intenses que celui-ci il faut se garder de recourir aux douches d'air qui seraient inutiles, douloureuses et détermineraient, très probablement, une perforation immédiate que le malade ne manquerait pas d'imputer à la maladresse du médecin.

Si, exceptionnellement, on peut recourir à la douche d'air dans des cas où il y a suppuration, comme dans l'observation que nous citons, il vaut mieux, en règle générale, s'en abstenir.

Il est cependant une condition où l'insufflation d'air est indiquée, non comme traitement abortif ou curatif de l'inflammation, mais comme auxiliaire du nettoyage de l'oreille. Dans les anciennes otorrhées, avec destruction presque complète du tympan et suppuration abondante, si, après nettoyage de la caisse à l'aide d'injection, tampon d'ouate, etc., on vient à faire une insufflation d'air, on constate que la caisse, qui semblait bien nettoyée, contient encore du pus que l'air a refoulé de la trompe dans la cavité de l'oreille moyenne. Cela montre assez la difficulté que l'on éprouve à chasser le pus de la caisse et à empêcher la réinfection immédiate.

Quittant cette digression pour revenir à notre sujet, nous dirons que les cas les plus favorables à l'emploi de l'insufflation d'air sont ceux où l'inflammation ne se traduit encore que par une injection très accusée du manche du marteau et de la membrane de Schrapnell ou même par une rougeur de toute la membrane du tympan mais sans infiltration de la couche cutanée ; dans ces cas, le meilleur calmant est encore l'insufflation d'air qui présente encore l'avantage d'arrêter le processus inflammatoire.

Quel est le mode d'action de la douche d'air ?

Ce n'est pas sans hésitation que nous abordons un sujet qui est toujours contestable, comme l'est une théorie, mais nous sommes prêt à accepter une opinion différente si elle nous paraît meilleure. Voici donc comment nous comprenons l'évolution de l'otite et le mécanisme de l'action de la douche d'air ; avant de gagner l'oreille moyenne, l'inflammation atteint d'abord la trompe d'Eustache, dont la muqueuse se tuméfie, d'où obstruction relative ou complète de son canal ; le défaut

d'aération de la caisse entraîne le gonflement de sa muqueuse et hypersécrétion glandulaire.

Si l'inflammation n'est pas très active elle peut ne pas dépasser cette première étape et il en résulte une simple obstruction tubaire, avec ses conséquences mécaniques du côté de la caisse ; à un degré plus intense l'inflammation gagne plus ou moins vite la cavité de l'oreille moyenne, en raison de la continuité des tissus et des connexions vasculaires ; on a alors affaire à une otite moyenne sans infection très marquée.

Mais l'otite devient très intense lorsqu'à l'état anatomique précédent vient s'ajouter la pénétration ou la projection dans la caisse de microbes de la suppuration.

Dans ce dernier cas, la caisse du tympan constitue un véritable vase clos, une étuve vivante où les microbes trouvent à la fois, température, humidité, obscurité, toutes conditions favorables à leur pullulation et à leur envahissement des tissus.

Dans les deux premiers cas, obstruction de la trompe et otite d'intensité modérée, l'insufflation d'air a pour résultat de rétablir la perméabilité de la trompe et de réduire le gonflement de la muqueuse de la caisse par le fait seul de la pénétration de l'air, comme la peau cesse d'être tuméfiée et violacée dès que l'on retire le verre à ventouse où l'on avait raréfié l'air.

Quand, au contraire, il y a envahissement de la muqueuse par les microbes pathogènes, la douche d'air ne saurait avoir d'effet sérieux ; il faut alors recourir à un traitement antiseptique qui doit aider la réparation de la muqueuse et non la détruire par son action chimique.

---

## SUR LA RÉSECTION DE LA TRACHÉE (1)

Par O. FRANKENBERGER

docent de laryngologie à la faculté tchèque de médecine de Prague.

L'année passée j'effectuai à l'Institut de pathologie générale et expérimentale de M. le Prof. Spina quelques expériences de résection de la trachée sur des chiens. J'y fus amené par un cas de sténose strumeuse observé à la clinique de M. le Prof. Maixner, dont je vais rapporter l'histoire.

L. B., ouvrière, âgée de 16 ans, reçue dans le service de M. le Prof. Maixner le 12 décembre 1899. Ses parents sont bien portants, une sœur est morte tuberculeuse, une autre succomba à une cystite. Il y a environ trois ans elle remarqua que son cou augmentait de volume, et en même temps survinrent des troubles respiratoires qui s'améliorèrent ultérieurement par des frictions du cou avec un onguent. Mais au bout de quelque temps, la gêne respiratoire reparut, et s'aggrava, la malade entra alors dans le service de clinique chirurgicale du Prof. Ch. Maydl, où la trachéotomie fut pratiquée le 7 février 1898 au matin, la dyspnée ayant atteint un tel degré que l'asphyxie était imminente. Huit jours plus tard, lorsque les accidents respiratoires furent enrayés, la canule trachéale fut enlevée, et quinze jours après la cicatrisation de la plaie la malade fut renvoyée. A la Noël de 1898, elle s'enroua, et depuis ce temps sa voix est faible. Au cours des dernières se-

(1) Travail présenté à l'Académie tchèque des sciences et beaux-arts de Prague.

maines la dyspnée surgit encore, et augmenta si rapidement, que la malade revint à la clinique chirurgicale d'où elle fut transférée sans avoir été opérée dans un service de médecine interne.

La malade a une figure mince, gracie ; la respiration est perceptible, stridoreuse, surtout pendant la nuit, elle est si bruyante, que les autres malades se plaignent de ne pouvoir dormir. Le larynx n'effectue pas les mouvements ascendants et descendants, correspondants à la respiration. Celle-ci devient plus libre, quand la malade approche le menton du sternum. La voix est faible. La dimension des parties inférieures du cou est un peu plus grande qu'à l'ordinaire. Cet accroissement, répondant à la glande thyroïde, est limité par les deux muscles sternomastoidiens, embrasse la trachée, s'étend des deux côtés en haut jusqu'à l'os hyoïde, s'approche en bas du manubrium sterni, et suit tous les mouvements de déglutition. La surface de la tumeur est lisse, la tumeur se compose de deux parties latérales unies au milieu par un isthme, sa consistance est molle. Le poulx de la carotide est égal des deux côtés. Sur la ligne médiane du cou, à sa moitié inférieure, on voit une cicatrice ovale, ayant deux centimètres de long et un centimètre de large, fixée à sa base.

Examen laryngoscopique : Rien d'anormal dans le larynx, les mouvements des cordes vocales sont absolument normaux. Par la trachéoscopie, d'après le procédé de Killian, on voit qu'au niveau du quatrième ou cinquième anneau la trachée est rétrécie dans le sens frontal, en formant une fente sagittale, sorte de fourreau, d'une largeur de trois millimètres au plus. La muqueuse de la trachée est rouge foncé dans sa totalité.

On diagnostiqua une sténose trachéale d'origine strumeuse. Thérapeutique symptomatique, palliative, consistant en inhalations d'eau salée, pour aider à l'expectoration des sécrétions visqueuses. En outre, on introduisit des cathéters élastiques N<sup>os</sup> 12-15 (filière anglaise) dans la trachée, qui franchissaient si facilement la sténose, qu'il était impossible de reconnaître le moment où la sonde touchait le rétrécissement. Les parois de la trachée devaient être très molles et flexibles à cet endroit. La malade assurait qu'elle respirait plus librement après chaque cathétérisme, quoique naturellement on ne pût constater aucune dilatation appréciable de la sténose. L'état subjectif de la malade s'étant amélioré, elle quitta l'hôpital le 31 janvier 1900. La fente trachéale était à cette époque peut-être élargie d'un millimètre tout au plus, la muqueuse un peu plus pâle que lors de son entrée.

Le traitement de ces sténoses n'a guère réussi jusqu'à présent. Une fois trachéotomisé, le malade est ordinairement condamné à porter sa canule jusqu'à sa mort. On peut, il est vrai, pallier à la compression de la trachée en extirpant le goitre, mais les anneaux cartilagineux étant atrophiés la trachée perd son appui par la suppression de la glande thyroïde et s'affaisse d'autant plus, de même qu'une extrémité brisée se déforme quand on lève le pansement. Il en fut ainsi dans un cas de Billroth <sup>(1)</sup>, où après l'extirpation de la glande thyroïde la trachée s'affaissa au point qu'il fallut faire la trachéotomie d'urgence.

Le traitement radical des sténoses d'origine strumeuse, ainsi que des sténoses chroniques, qui n'occupent qu'une portion limitée de la trachée, ne peut consister que dans l'extirpation de la partie rétrécie et ramollie, c'est-à-dire dans la résection de la trachée, qui, d'après Eiselsberg <sup>(2)</sup> constitue l'intervention idéale, de même que dans des lésions intestinales similaires la résection suivie de suture circulaire est l'opération de choix. Ce fut Küster qui exécuta le premier cette intervention, dans d'autres conditions, il est vrai <sup>(3)</sup>; il s'agissait d'un garçon de 15 ans et demi dont la cravate avait été saisie par une courroie de transmission et qui eut une déchirure de la trachée. Trachéotomie et suture de la plaie. La réunion échoua et une sténose cicatricielle s'établit au-dessus de la fistule trachéale. Küster enleva toute la partie rétrécie de la trachée, délia l'extrémité inférieure cicatrisée, et la réunit à l'extrémité supérieure. L'opération eut un bon résultat, sauf une petite fistule de la dimension d'un pois qui résista à toutes les tentatives d'occlusion.

Un autre cas analogue a été rapporté par Eiselsberg <sup>(4)</sup>. Après une tentative de suicide, dans laquelle la trachée avait été complètement tranchée transversalement, l'extrémité inférieure s'était unie à la peau, tandis que l'extrémité

<sup>(1)</sup> EISELSBERG. — Zur Resection und Naht der Trachea, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1896, n. 22.

<sup>(2)</sup> COLLET. — *Deutsche Zeitschr. für Thir.* XL, 1894, page 150.

<sup>(3)</sup> L. c.

<sup>(4)</sup> *Loc. cit.*

supérieure, à partir du second anneau trachéal jusqu'en bas, s'était rétrécie et se terminait en cul de sac. Eiselsberg réséqua l'extrémité supérieure, délia la partie inférieure et réunit les deux; huit semaines après l'opération la guérison était complète, la respiration parfaitement libre, la parole normale, malgré une paralysie du récurrent gauche et du crico-aryténoïdien postérieur droit.

Ces deux cas suggérèrent l'idée de tenter la résection de la trachée dans des cas de sténose, où les autres moyens thérapeutiques, tels que la dilation progressive par les tubes, n'atteignent pas leur but. C'est Colley <sup>(1)</sup> qui a démontré la possibilité d'enlever une partie de la trachée chez les chiens et de réunir les deux extrémités éloignées de manière qu'elles se rejoignent sans difficulté. Il est vrai que déjà avant Colley, Gluck et Zeller <sup>(2)</sup> avaient fait des expériences sur les chiens, mais ces auteurs n'avaient effectué la résection de la trachée qu'à la fin de leurs expériences sur l'extirpation du larynx, pour prévenir une pneumonie par *ingestion*; donc il serait inutile d'en faire mention à propos du sujet qui nous occupe. Colley faisait la résection de la trachée *ad hoc*. D'abord il pratiquait des coupes circulaires, en excisant un certain nombre d'anneaux trachéaux avec la partie postérieure membraneuse. Dans ces expériences, il s'établissait presque toujours un rétrécissement circulaire, diaphragmatique. Pour parer à cet inconvénient, Colley effectuait ensuite des coupes inclinées en avant et en haut, en arrière et en bas, sectionnant les cinq anneaux, de sorte que par les deux coupes parallèles, éloignées de cinq anneaux l'une de l'autre, un total de dix anneaux furent sectionnés et qu'on excisa une partie. Ainsi le rempart cicatriciel trachéal avait une position oblique, et le danger d'une sténose se trouvait atténué. Mais en revanche l'auteur ne réussissait pas toujours à adapter les cartilages sectionnés les uns aux autres, assez souvent l'un d'eux faisait saillie au-dessus de son vis-à-vis, et la cicatrisation des deux extrémités était vicieuse. C'est pourquoi Colley adopta une autre coupe,

(1) LANGENBECK. — *Archiv. für Klin. chir.* Bd. 26, 1881.

(2) L. C.

ayant la forme d'un Z ; le couteau fut inséré d'abord transversalement d'en avant en arrière, jusqu'au milieu du lumen trachéal ; puis il fut dévié de 90 degrés et dirigé verticalement en bas, vers le sternum, en séparant la trachée en deux moitiés, l'une antérieure et l'autre postérieure ; après avoir tranché cinq anneaux cartilagineux, le couteau fut encore tourné transversalement en arrière, et de cette façon la section de la partie postérieure de la trachée fut achevée. A cinq cartilages plus bas, on pratiqua une autre incision, parallèle à la première, et ainsi on excisa une partie de la trachée qui avait la forme d'une baïonnette. Les parties écartées furent réunies avec du catgut. Mais cette modification n'était pas exempte d'inconvénients ; le lobe antérieur de la trachée, lié à sa partie inférieure, tomba, en se détachant, en arrière pendant l'inspiration et ferma le canal trachéal comme une soupape, asphyxiant l'animal. C'est ce qui décida Colley à effectuer l'incision au rebours ; d'abord il introduisit le couteau d'avant en arrière, puis en haut, vers le larynx, et après avoir sectionné cinq anneaux il acheva la coupe transversalement en arrière ; à cinq anneaux plus bas il fit une coupe parallèle. Ainsi il obtint deux lobes, l'antérieur étant lié à la partie supérieure de la trachée, même si les ligatures se relâchaient, on n'avait pas à redouter la suffocation, puisque le lobe étant suspendu à l'extrémité supérieure ne peut choir dans la trachée ni être aspiré lors de l'inspiration. Ce dernier procédé donna à Colley des résultats fort encourageants.

Colley opéra un total de dix chiens ; d'abord il effectuait la trachéotomie préalable, et bouchait la trachée au-dessus de la canule, pour éviter la pénétration du sang dans les voies respiratoires, ce dont ultérieurement il reconnut l'inefficacité. L'auteur résume de la manière suivante les résultats de ses expériences au point de vue de leur application à l'homme :

1° Certains rétrécissements de la trachée ne peuvent être supprimés que par l'excision de la partie sténosée ;

2° Cette excision réussit le mieux en enlevant non un anneau de la trachée, mais une portion en forme de baïonnette ;

3° De cette façon la cicatrice ultérieure est divisée en deux



parties éloignées l'une de l'autre, l'une postéro supérieure, et l'autre antéro-inférieure, et on évite la formation d'un diaphragme annulaire.

4° La trachéotomie prophylactique est inutile.

Il semble que les chirurgiens n'ont pas jusqu'ici prêté grande attention à ces expériences de Colley. Eiselsberg reconnaît, il est vrai, l'importance de cette intervention dans les sténoses trachéales, et cite parmi les indications « le ramollissement et la sténose consécutive de la trachée par compression d'une tumeur siégeant à l'extérieur de la trachée (goitre) ». Mais jusqu'à présent ni les expériences de Colley, ni les indications restreintes d'Eiselsberg n'avaient eu de résultats pratiques ; pas un chirurgien n'avait encore entrepris de supprimer une sténose trachéale par un procédé radical et idéal, au dire d'Eiselsberg.

C'est pourquoi le cas que je viens de communiquer et l'impossibilité d'appliquer un autre traitement efficace, me portaient à répéter les expériences de Colley avec quelques modifications et à démontrer de nouveau la possibilité de la résection de la trachée et les avantages de l'opération.

Avant tout, il s'agissait d'éviter la production des sténoses diaphragmatiques des trachées réséquées transversalement, ce qui rend toute intervention illusoire ; car seule la résection transversale peut être effectuée chez l'homme, la résection en forme de baïonnette engendrant des délabrements trop étendus, comprenant une trop grande partie de la trachée et ne pouvant être appliquée qu'aux sténoses circulaires et limitées. La trachée humaine comprend de seize à vingt anneaux cartilagineux, il faudrait donc l'inciser sur plus de la moitié de sa longueur.

En outre, je me suis efforcé de rechercher jusqu'à quel point on peut réséquer la trachée, c'est-à-dire, quel est le maximum que l'on peut enlever chez le chien.

Il ne faut pas nier l'impossibilité d'appliquer chez l'homme le mode de résection en forme de baïonnette que préconise Colley ; d'autre part, on peut s'imaginer que le développement de la sténose diaphragmatique consécutif à la résection circulaire est la suite d'un procédé incomplet, et que, par une modi-

fication de cette méthode quant à l'adaptation des deux troncs, de la suture, etc., on réussira à empêcher la formation de cette sténose post-opératoire.

Donc, je n'exécutai dans mes expériences que des coupes transversales. Je fis la première opération le 9 mai 1900. Après injection hypodermique d'une seringue de Pravaz de morphine à 100, j'effectuai une incision longitudinale sur toute la longueur du cou, j'isolai la trachée et réséquai quatre anneaux trachéaux. Puis je reliai les deux tronçons de la trachée par six sutures pénétrantes de soie, les muscles et la peau furent suturés par le procédé de Pelletier.

L'animal se portait bien, la plaie se cicatrisait, sauf à la partie inférieure, où un abcès se développa, mais se cicatrisa promptement après l'évacuation du pus. Cependant le 26 mai, c'est-à-dire dix-sept jours après l'opération, je remarquai que, lorsque le chien reposait sur les extrémités postérieures, ou qu'il se fatiguait en courant, sa respiration devenait pénible, striduleuse, et que les interstices intercostaux et hypochondraux s'enfonçaient pendant l'inspiration.

Ces symptômes de sténose s'accroissant de plus en plus, j'effectuai le 6 juin, c'est-à-dire quatre semaines après la première opération, une seconde résection de trois anneaux de la trachée en pratiquant l'incision à travers les anneaux. Les deux tronçons furent réunis comme la première fois par des sutures de soie. Le chien se portait à merveille ; mais quinze jours après cette seconde intervention la respiration s'embarrassa, la sténose augmenta jusqu'à ce qu'elle atteignit son maximum au bout de quinze autres jours, de sorte que le chien était obligé, après s'être un peu plus agité, de se coucher et d'étendre le cou et la tête. L'animal demeura une quinzaine de jours en cet état, puis les symptômes de sténose s'atténuèrent petit à petit jusqu'au 11 septembre 1900, date à laquelle on nota que « le chien respirait bien, même après une course prolongée ».

La partie où l'on avait pratiqué la seconde opération était considérablement rétrécie. Après une section longitudinale de la portion membraneuse de la trachée on vit que toutes les sutures tenaient ; à l'intérieur de la trachée des bourrelets longi-

tudinaux s'étaient développés, formés d'un tissu hypertrophié et surtout appréciables sur la paroi postérieure de la trachée ; ils étaient isolés l'un de l'autre par des fossettes de tissu absolument normal. Ces bourrelets forment, en se touchant, un rétrécissement diaphragmatique considérable, qui diminue un peu, lorsqu'on tire les deux extrémités de la portion réséquée.

Un fragment de la trachée réséquée fut inclus dans la celloïdine et examiné histologiquement. La couche épithéliale de la muqueuse était très hyperplasiée, au-dessous, dans la muqueuse et dans le tissu sous-muqueux on trouvait une infiltration leucocytaire. Les cartilages étaient au centre en partie calcinés. L'endroit où le fil traverse la membrane interstitielle est infiltré par de nombreux leucocytes qui imprègnent aussi les fils de soie. Ces infiltrations sont surtout considérables à l'intérieur de la trachée, où elles forment des bourrelets diffus ou des tumeurs pétiolées qui émergent au voisinage des sutures. Ce chien fut montré à la Société des médecins tchèques le 14 janvier 1901 et sacrifié le 22 janvier. Il vécut donc deux cent cinquante-huit jours après la première opération, et deux cent trente jours après la seconde. La trachée, au point où les deux troncs avaient été réunis par la suture, avait une apparence membraneuse sur une étendue d'environ 7 millimètres, la membrane était très épaisse et ne présentait pas le moindre rétrécissement. Au-dessous de cette partie membraneuse la trachée était considérablement élargie, ce qui était dû à l'importante dilatation de la région trachéale postérieure membraneuse.

J'ai observé la même influence défavorable lors d'une autre expérience (exp. IV) dans laquelle je réséquai quatre anneaux trachéaux et où j'apportai différentes modifications : au lieu de soie j'employai du catgut pour les sutures de la trachée, je pratiquai les incisions à travers les membranes intercartilagineuses et invaginai une partie du tronc inférieur de la trachée dans le tronc supérieur. Au bout de dix-huit jours une sténose s'établit pendant quinze jours consécutifs, alla en empirant et après quinze autres jours commença à s'améliorer, mais sans disparaître entièrement jusqu'à ce jour (10 février 1901). Le

chien a été opéré le 27 juin 1900, la survie a donc dépassé huit mois.

Deux chiens ont succombé après l'opération; l'un d'eux (exp. II) à une pleuro pneumonie lobulaire, et l'autre (exp. III) à un emphysème sous-cutané et à une pneumonie bilatérale. A l'autopsie de ce dernier je m'aperçus que toutes les sutures s'étaient relâchées et que les deux tronçons de la trachée s'étaient considérablement écartés. On remarquera que, dans ce cas, les sutures ne furent introduites qu'à travers le péri-chondre et la partie extérieure du cartilage, tandis que la muqueuse et le péri-chondre revêtant la paroi intérieure des anneaux cartilagineux furent épargnés et que l'on ne fit pas plus de cinq sutures.

Cependant les deux cas suivants (exp. VI et VII) nous ont démontré que le procédé que nous venons de décrire constitue la meilleure méthode pour obtenir un bon résultat. L'un d'eux (exp. n° VI) concernant la femelle d'un carlin, fut opéré le 9 novembre 1900. J'enlevai cinq anneaux trachéaux, en pratiquant les coupes à travers les membranes intercartilagineuses, mais de manière que la membrane entière restât adhérente au tronc supérieur et inférieur de la trachée. Cela fait, j'appliquai six sutures sous-muqueuses de catgut, c'est-à-dire que les sutures comprirent seulement le cartilage et le péri-chondre. Le tronc inférieur ne fut pas invaginé dans le tronc supérieur, mais les deux extrémités furent simplement réunies. Les muscles et la peau furent suturés à part avec de la soie. La plaie se cicatrissa normalement, le chien demeura en excellente santé, s'alimenta normalement, et on n'observa nulle sténose trachéale. L'animal survécut soixante-quinze jours à l'opération et pendant tout ce laps de temps la respiration resta libre, de sorte que nous pouvons dire que nous avons atteint notre but consistant à obtenir une perméabilité absolue après des incisions transversales.

Je présentai de nouveau ce chien à la Société des médecins tchèques, le 14 janvier 1901, après l'avoir opéré le 24 novembre. La trachée était si complètement cicatrisée qu'on apercevait à peine l'endroit où les deux troncs étaient réunis. Point de diastase des cartilages, ni de sténose. A l'endroit

où les deux extrémités de la trachée étaient unies, on voit une membrane, dont la largeur ne dépasse pas celle des autres membranes interstitielles.

Un autre chien (exp. VII) fut opéré de la même manière le 19 décembre 1900. J'enlevai six anneaux trachéaux en coupant les membranes interstitielles, et je suturai très soigneusement avec du catgut pour ne pas léser la muqueuse. Encore dans ce cas, au moment critique du quatorzième au vingtième jour après l'opération, aucune sténose ne surgit, et nous espérons que le résultat sera aussi parfait que le précédent. L'unique complication est une tuméfaction de la plaie du cou; la peau est normale, la tuméfaction non douloureuse et d'aspect fluctuant, la ponction avec un bistouri ne fit pas sourdre de pus, mais seulement de l'air; la tuméfaction régressa immédiatement, sans récidiver. Il est évident qu'à un point où le tronc supérieur de la trachée n'était pas assez bien adapté à la partie inférieure l'air sortait de la fistule et s'accumulait sous la peau du cou sous la forme d'un kyste aérien. Le trou doit cependant s'être rapidement comblé, puisque le kyste, une fois vidé, ne se remplit plus.

Cependant nous avons été déçus dans notre espoir. Le 24 janvier 1901, c'est-à-dire cinq semaines après l'opération, nous remarquâmes que la respiration devenait pénible après une course un peu prolongée, et que les espaces intercostaux et les régions hypochondriques étaient tirés en dedans pendant l'inspiration; aussitôt que le chien cessait de courir, la respiration devenait tranquille. La sténose allait en augmentant; le 28 janvier, quand on conduisit le chien du chenil à l'Institut qui se trouve au premier étage, il fut deux fois obligé de se reposer sur l'escalier. En arrivant à l'Institut, il était presque hors d'haleine. Mais après quelques instants de repos la respiration se calma. Les accès de dyspnée me déterminèrent à répéter l'opération sur le même animal, et j'y procédai immédiatement. J'incisai la peau dans la cicatrice consécutive à la première intervention. Je trouvai les deux troncs de la trachée distants l'un de l'autre d'à peu près 15 millimètres et réunis par une membrane intermédiaire, mince. Tandis que j'isolai la trachée des parties voisines, le chien fut pris d'un tel accès de suffocation, qu'il aurait étouffé, si le docteur Velich,

qui avait la complaisance d'assister à toutes mes opérations, n'avait incisé au plus vite la membrane et introduit une canule. Puis la trachée fut isolée en arrière et je réséquai la membrane avec deux anneaux cartilagineux du tronçon supérieur et un anneau du tronc inférieur, puis je suturai les deux extrémités de la trachée par dix sutures sous-muqueuses de catgut et la peau avec de la soie.

La membrane réséquée était rétrécie à la partie médiane jusqu'à 4 millimètres de diamètre. Après l'avoir sectionnée longitudinalement on voit que la paroi intérieure est tapissée d'une muqueuse absolument normale, nulle part on ne remarque d'infiltration ni d'hypertrophie du tissu cicatriciel, comme dans l'expérience n° 1.

Le chien a très bien supporté cette seconde opération, et se porte à merveille à l'heure qu'il est (10 février 1901). Quarante-un jours se sont écoulés depuis la seconde résection et pas la moindre gêne respiratoire n'est apparue. Seule une toux légère le tourmenta pendant quelques jours.

Nous pouvons dire pour résumer nos expériences qu'on peut empêcher le développement d'une sténose diaphragmatique après la résection circulaire de la trachée, en pratiquant des coupes à travers les membranes intercartilagineuses et en réunissant les deux tronçons de la trachée par des sutures non pénétrantes, ne comprenant que le cartilage et le périchondre. Dans le second cas opéré de cette manière une diastase des deux extrémités survint, il est vrai, ce qui prouve que les sutures n'étaient pas assez solides ; mais le principal est qu'il ne se produisit aucune infiltration de la muqueuse et du tissu sous-muqueux, qui eût entraîné un retrécissement trachéal.

Il ne faut pas nier que les conditions d'opération chez le chien diffèrent beaucoup de celles qu'on observe chez l'homme ; le chien n'a pas autant de propension aux processus purulents et septiques que l'homme ; l'exécution de l'opération est beaucoup plus facile chez le chien, puisque la glande thyroïde ne nous gêne pas ; la trachée du chien est relativement plus longue que celle de l'homme, on en pourra donc réséquer une partie relativement plus importante, tandis que la résection de la trachée humaine aura justement, à cause de sa brièveté

proportionnelle, des limites assez étroites. De plus, il est évident que les sténoses situées au fond de la trachée, au voisinage de la bifurcation, ne seront guère accessibles à l'intervention chirurgicale. En outre, il faut considérer ce que beaucoup d'auteurs ont signalé à propos des sténoses strumeuses, c'est-à-dire que l'amollissement des anneaux trachéaux, la soi-disant trachéomalacie est souvent si étendue, qu'il serait impossible d'enlever une portion aussi importante de la trachée et de réunir les fragments séparés.

Quant aux deux premières objections, c'est l'affaire de l'asepsie et de la technique opératoire, qui ne s'est pas arrêtée devant les cavités abdominale et crânienne, d'affirmer sa valeur sur ce terrain. Pour le ramollissement de la trachée dans les sténoses strumeuses, j'en appelle au témoignage de Krönlein <sup>(1)</sup>, qui fait autorité en la matière et s'exprime ainsi dans un de ses travaux sur le goitre : « Sur mes 202 opérations du goitre je ne pus jamais contrôler la description donnée par Rose de ces cas de trachéomalacie, et je me trouve forcé, d'après mes expériences assez étendues, de nier décidément la transformation de la trachée en un tube aérien, ou en un ruban aérien que l'on puisse pelotonner. Mais ce dont je ne pus me persuader, pas plus que je ne convainquis mes auditeurs dans nombre de cas d'extirpation de goitre, c'est de la flexibilité étonnante, de la résistance insuffisante de la paroi trachéale au point où la glande thyroïde l'avait comprimé davantage. Une pression légère du doigt suffit dans ces cas à enfoncer précisément ce point et à accroître brusquement la sténose au point qu'une crise aiguë de suffocation se déclare pour ainsi dire expérimentalement. Souvent c'est un appendice tout à fait circonscrit du goitre, un lobe déterminé, solide, calciné peut-être, qui exerce une pression localisée sur la trachée ».

Enfin il ne faut pas oublier que, comparativement aux chirurgiens, nous sommes en état d'infériorité en opérant les chiens et les animaux en général, ce qui compense plus d'un avantage mentionné : chez le chien nous ne pouvons mettre

<sup>(1)</sup> Klinische Untersuchungen über Kropf, Kropfoperation und Kropftod. *Beitr. zur Klin. Chirurgie*, Bd. IX, page 610.

l'opéré et la plaie dans des conditions aussi favorables à la cicatrisation que chez l'homme ; et pourtant le succès d'une opération dépend surtout de la conduite du malade et des soins consécutifs ; le chien opéré court, saute, aboie, étend le cou et la tête ; toutes conditions défavorables à la cicatrisation de la plaie, et ce sont vraisemblablement les causes qui ont déterminé dans quelques-uns de nos cas l'écartement de la plaie et le développement d'une cicatrice membraneuse entraînant la réunion des deux tronçons de la trachée. L'utilité du repos absolu après l'opération non seulement chez l'homme, mais encore chez le chien, nous a été prouvée par l'animal chez lequel la cicatrisation était parfaite. Ce chien était extraordinairement calme. Au chenil ou dans la cage il se couchait toute la journée, n'aboyait pas et ne faisait aucune tentative pour sortir lorsqu'il voyait quelqu'un s'approcher, il restait couché ; conduit dans la cour, il se promenait lentement, ne s'échauffait jamais par une course prolongée, en un mot, il était d'un flegme inaltérable, condition requise pour que l'opération eut un résultat favorable. C'est donc ce cas qui nous démontre que la résection de la trachée chez l'homme, avec des incisions transversales et des sutures sous-muqueuses peut offrir aussi des chances de réussite.

Je présente mes remerciements les plus sincères à M. le conseiller de la cour, Prof. A. Spina, qui a bien voulu me permettre de faire mes expériences dans son Institut et les a suivies avec beaucoup d'intérêt. Je suis aussi très obligé à mon cher confrère, le docent A. Velich, qui a assisté à toutes mes opérations et à qui je dois plus d'un bon conseil.

Quant au second point, consistant à savoir jusqu'à quel degré on peut réséquer la trachée, je ne suis pas encore en mesure d'y répondre, n'ayant pas terminé les expériences le concernant.

---



### III

## DE LA TRICOPHYTIE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Par le D<sup>r</sup> **Louis BAR** (Nice) <sup>(1)</sup>.

Le conduit auditif externe muni, comme nous le savons, d'un revêtement cutané, peut être atteint par les diverses affections de la peau.

C'est ainsi que la furonculose, l'eczéma, l'herpès, etc., frappent les téguments de ce conduit et il n'est pas rare d'y rencontrer les traces d'affections spécifiques et générales, telles qu'en produisent dans les régions analogues de l'organisme, la tuberculose et la syphilis.

Ce chapitre des dermatoses parasitaires, qui sont capables d'atteindre le conduit auditif externe, est à peine ébauché. Toutefois on remarquera de suite que si la connaissance de ces mycophytes et en particulier de l'acte pathologique des microphytes assiégeant cette région peut être rempli d'intérêt, une thérapeutique rationnelle féconde en brillants résultats doit nécessairement s'élever là où l'ignorance des faits ne laissait subsister autrefois que des inflammations de nature inconnue et des suppurations graves et rebelles. On connaît quelques otites externes parasitaires. Dans un travail antérieur <sup>(2)</sup>, fait sur l'otomycose, nous avons signalé d'importantes études à ce sujet, études dans lesquelles Wreden, Politzer, Bezold, etc., subordonnent diverses inflammations

(1) Communication au XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine (Section d'otologie), Paris, 2-9 août 1900.

(2) Communication au XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine (Moscou, 1897). Etude générale et essai expérimental sur l'otomycose.

spéciales de l'oreille à la présence d'un champignon particulier du genre *aspergillus*. Dans le même ordre d'idées, Ladreit de La charrière <sup>(1)</sup> citait, en 1875, 1 cas de *pityriasis alba* en combinaison avec le *pityriasis capitis*. C'est qu'en effet ici, comme dans toute autre région de la peau, à mesure que les analyses microscopiques sont mieux en usage, on réduit chaque jour de plus en plus à leur véritable valeur microbienne les diverses éruptions cutanées aiguës et chroniques. Une analyse de ce genre, faite par le Dr Nepveu, professeur d'anatomie pathologique à l'école de médecine de Marseille, nous permit d'observer rationnellement et de guérir une otite externe douloureuse et rebelle, dont nous avions confié le megma exsudatif à l'examen de ce maître distingué.

Cette otite avait pour cause une colonie de ces muscédines, du genre *botrytis*, que Malmsten a décrite sous le nom de *trichophyton*. En voici, d'ailleurs, l'observation complète.

M. R... (de Riga, Russie), 38 ans, arthritique, est venu prendre du repos à Nice pendant l'hiver de 1900. Quelques semaines avant, tandis qu'il était dans le Tyrol, il vit clairsemées dans sa barbe quelques taches roses, lenticulaires, légèrement saillantes, circulaires, squameuses, parfois vésiculeuses, auxquelles il ne prêta pas attention.

Peu de temps après, comme le conduit auditif externe de l'oreille droite était devenu très douloureux, tuméfié, et le siège d'une exsudation fétide et purulente, le malade vint à nous sur les conseils de son très distingué médecin, le Dr Wolf de Nice. La maladie avait son siège à l'oreille gauche. Le pavillon était légèrement rouge à l'entrée du méat. Les poils du tragus étaient tombés et la peau, depuis cet endroit, noduleuse jusque dans le conduit. On y remarquait, tantôt de petites pustules, tantôt des emplacements érodés. Le méat, complètement sténosé par une tuméfaction inflammatoire vive, ne laissait pas voir le tympan. Un exsudat jaunâtre s'en échappait, suintant sous forme de megma purulent, avec une odeur désagréable de souris. Bourdonnement. Autophonie. Douleurs vives. Ganglions prétragiens tuméfiés. Etat général excellent.

(1) LADREIT DE LACHARRIÈRE [Ann. des mal. de l'oreille, 1875].

Nous cherchâmes à établir le diagnostic en nous basant sur les signes cliniques. C'est pourquoi, à cause des douleurs vives ressenties par le malade, des pustules du conduit et de l'exsudat qui s'en écoulait, pouvions-nous tirer quelques raisons en faveur de l'idée d'une furonculose. Un essai de traitement à ce sujet demeura infructueux. On pouvait, en cette circonstance, penser aussi à l'eczéma, mais la lésion était trop diffuse et les taches ou papules sesiculeuses, disséminées dans la barbe, trop différentes pour y croire. De plus, l'affection datait déjà de six semaines et continuait à s'accroître. Les souvenirs du malade se complétaient d'ailleurs ainsi : une érosion avait été faite par le rasoir. Cette érosion s'était couverte d'une croûte, qui tombait et se reformait continuellement. Dans le voisinage, quelques pustules acuminées s'étaient formées, grosses comme un grain de millet, reposant sur une base érythémateuse ; elles étaient bientôt devenues le siège d'une desquamation ou d'un suintement séro-purulent à peine perceptible. Se propageant de loin en loin, elles avaient gagné la conque. .

Dans l'ignorance où nous nous trouvions des causes de l'otite qui évoluait d'une façon si étrange, nous demandâmes au Dr Nepveu, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de médecine de Marseille, de faire une analyse microscopique de l'exsudat.

Pour cela, et ainsi que le conseille Saboureaux, ayant râclé la surface de la peau et recueilli les déchets épidermiques sur une lame de verre, nous lui envoyâmes ces matières à l'analyse. Voici quel en fut le résultat.

*Analyse du prof. Nepveu.* — Les deux préparations envoyées par le Dr L. Bar, ont été examinées à la fuchsine phéniquée et au bleu de méthyle phéniqué (Kuhne). C'est à une lésion parasitaire de même nature que nous avons affaire.

Les deux poils sont envahis par le parasite dans toute leur épaisseur, ainsi que leur canal médullaire.

Les lambeaux épidermiques sont formés d'épithélium nécrosés et dans leurs espaces inter-cellulaires surtout, comme à l'orifice

des glandes sudoripares, ou parfois dans les dessous cellulaires même, se trouvent des parasites en grands ou petits amas.

Ces parasites, étudiés à l'éclairage Abbé et à la lentille à immersion de Zein, achromatique OC, 8; obj. 1,10, sont des *trichophyton tonsurans*, ici *verrucosus*, le *squamosus*, là encore *maculosus*, entourés parfois d'eczéma marginé.

Muni de ces renseignements microscopiques et des quelques sages conseils thérapeutiques dont le professeur Nepveu les faisait suivre, nous entreprîmes le traitement suivant :

1° Savonnage des régions malades et lavage au sublimé à 1/1000 ;

2° Applications sur les points malades de la pommade naphtolée à 10 % (pendant le jour) ;

3° Application de coton sublimé trempé dans une solution de sublimé à 1/1000, recouvert de taffetas gommé (pendant la nuit).

Ce traitement réussit complètement, et après trois semaines de ces nouveaux soins, le malade retournait à Riga complètement guéri. — Depuis, il n'y a eu aucune récurrence. La maladie avait duré trois mois environ.

Etonné d'un diagnostic si peu ordinaire, nous nous sommes livrés à quelques recherches et nos investigations, faites auprès des plus éminents maîtres de France et de l'étranger, ont été dirigées en vue de connaître les divers cas où l'oreille externe aurait été envahie par la trichophytie, et de savoir, en pareille occurrence, quels sont les divers modes d'évolution du microphyte dans le conduit. Les réponses de ces maîtres, aussi instructives que courtoises, nous ont mis en mesure d'affirmer que la propagation du trichophyton au conduit doit être infiniment rare.

Lubet-Barbon, à Paris ; Moure, à Bordeaux, se souviennent d'en avoir observé et ce dernier, pour plus ample information, nous ayant adressé au Prof. Dubreuil, dermatologiste distingué de la faculté de cette ville, nous a mis sur la voie de l'observation qui va suivre.

Cette observation est du domaine de la littérature italienne, intitulée « *Trichophytia auricularis* », publiée par le Dr Majocchi de Bologne. Nous remercions, avec M. le Prof. Dubreuil, qui nous l'a indiqué, notre excellent ami, le Dr d'Ajutolo de

Boulogne, qui a pris la peine d'en faire la traduction suivante pour ce travail.

Disons, tout d'abord, que dans la pensée de l'auteur le cas qu'il relate est tout à fait neuf dans la littérature dermatologique, comme un exemple du *sycosis du conduit auditif externe*, et que sa nouveauté consiste dans la localisation particulière de l'affection et dans la difficulté de transport du parasite en cette place. Voici, d'ailleurs, l'observation de Majocchi.

OBSERVATION DE MAJOCCHI D. — *Tricophylia auricularis* (*Sycosis du conduit auditif externe*), *Bulletin des sciences médicales de Bologne*, page 679, série 7, vol. IV, Bologne, 1893.

*Histoire clinique.* — U. P..., homme fort distingué, âgé de 42 ans, vint consulter Majocchi pour une lésion de l'oreille droite, qui durait depuis trois mois environ, sans que les remèdes antérieurement employés eussent produit aucun avantage.

*Examen local.* — Le pavillon de l'oreille droite était un peu plus rouge que celui du côté gauche et légèrement œdémateux, surtout dans son lobule. Le tragus et l'antitragus se présentaient grossis et noduleux ; l'incision intertragienne était effacée par le contact de ces deux éminences. En examinant attentivement, on constatait facilement, sur la surface de ces deux éminences, que la lésion avait lieu dans les follicules pilifères, où s'élevaient des nodules couleur de rose pâle, durs, un peu douloureux à la pression du doigt, rapprochés, quelques-uns seulement congestionnés, les autres ayant le sommet pustuleux. Les poils du tragus, dont était richement pourvue l'oreille gauche, étaient ou tombés, ou tronqués près de l'orifice folliculaire, et les survivants se montraient couleur gris sale et facilement détachables, selon l'avis du malade. La réunion de ces reliefs folliculaires donnait à la surface des deux éminences l'aspect noduleux. La peau de la conque était un peu rouge et tuméfiée et, par endroit, squameuse. Le trou du conduit auditif était si réduit que l'on pouvait presque dire disparu. Avec un stylet, on constatait que la surface du conduit auditif était granuleuse, un peu humide et revêtue d'un peu de liquide purulent. Ça et là excoriée et sanglante.

Un médecin avait porté le diagnostic de furonculose et en conséquence exécuté une incision cutanée ; mais Majocchi, soit par la longue durée de ; trois mois de cette affection, sans avoir vu une

suppuration profonde des nodules, soit par la dureté considérable et par le faible endolorissement de ceux-ci, rejeta le diagnostic et conclut à une *trichophylia auricularis* pour les motifs suivants :

« 1° Par la présence des taches nummulaires et circonscrites du visage, constatées par le malade, lesquelles disparurent peu de temps après ;

« 2° Par l'existence continue de traces d'herpès cariné sur la région latérale droite du cou ;

« 3° Par la présence de quelques poils tronqués et décolorés, sur les reliefs coniques, durs, profondément infiltrés, ayant tous les caractères des nœuds du sycosis ;

« 4° Par la présence du trichophyton, soit en dedans de la substance corticale, soit dans la gaine des poils du tragus. »

Le traitement fut exécuté avec la pâte camphrée de Beau, d'abord sur les nodosités du tragus et de l'antitragus et ensuite dans le conduit auditif, après avoir employé pendant trois jours des lavages antiseptiques. Deux semaines après ce traitement, la peau du pavillon était redevenue normale. Trois autres semaines après, le conduit auditif était à son tour parfaitement guéri. Après la guérison du conduit auditif, la membrane tympanique observée avec l'otoscope se montra tout à fait normale.

Majocchi ajoute quelques considérations relatives à la rareté de cette affection dans le conduit auditif externe et avoue que le diagnostic en est quelquefois très difficile si on n'a pas l'appoint d'un examen microscopique. Nous ne saurions être d'un autre avis et notre opinion, quant à la rareté de l'affection, se fortifie du résultat de l'enquête scientifique que nous avons faite et dont nous avons parlé ci dessus. Par ces exemples, on peut considérer comme vraie, la possibilité d'un envahissement des trichophytes dans le conduit auditif externe, localisation qui semble déjà prévue par deux faits de Sabouraud dans lesquels les trichophytes avaient établi sous forme superficielle, il est vrai, leur localisation à l'antitragus.

C'est pourquoi, cette localisation des trichophytes dans l'oreille externe étant possible, il a paru rationnel de chercher quel genre de lésions ils occasionnent au méat auditif, et quelle modification momentanée ou durable l'organe de l'audition

subit de leur présence. En abordant ce sujet, quelques connaissances sur la mycologie des trichophytons sont nécessaires.

« Sous le nom de *trichophytie*, dit Brocq, on désigne l'ensemble des lésions que peut causer un champignon parasite de l'homme et des animaux, le *trichophyton tonsurans* ». Ces lésions peuvent porter, soit sur le cuir chevelu, soit sur la barbe, soit sur les parties glabres, soit sur les ongles, etc., et les recherches modernes de Neebe et Furthmann, de Sabouraud, de Mibelli, de Bodin, de Malcolm Morris, ont montré qu'il y avait plusieurs espèces de trichophytoses pouvant chacune déterminer des trichophyties différentes.

Les trichophytons appartiennent, comme nous le savons, à la famille des *muscédinés*, genre *botrytis*, et sont constitués par un mycélium à filaments réguliers, dont les cellules volumineuses (spores mycéliennes) sont ovalaires ou arrondies <sup>(1)</sup>, fortement réfringentes et à double contour; ces spores sont disposés en chaînettes; les éléments mycéliens sont ramifiés.

La culture de ces parasites est facile à réaliser, car ils germent sur tous les milieux usuels. Durant les premiers jours de leur développement, les spores demeurent isolés <sup>(1)</sup>, mais dès la deuxième et la troisième semaine, ils se multiplient sous forme d'une masse arrondie et disposée en filaments articulés, moniliformes, ceux-ci, selon leur variété, rampent, soit dans l'épaisseur de la substance pilifère (trichophyton endothrix), dont ils détruisent la cohésion, rendant ainsi le cheveu ramolli et friable — soit dans l'épaisseur de la peau (trichophyton ectothrix), particulièrement de la peau des régions glabres, comme l'est celle du conduit auditif externe. Là, sans le concours de microbes pyogènes, mais par leurs filaments qu'ils envoient à travers les couches les plus supérieures de l'épiderme à cellules nucléées, sous les couches de cellules cornées, ces derniers peuvent produire une irritation locale, légère, visible sous l'aspect de macules rouges, discrètes, des-

(1) CAUVEL. — *Histoire naturelle médicale*, t. I, p. 589.

(1) KAPOSI. — *Leçons sur les maladies de la peau*, trad. Besnier, t. II, p. 431.

quamatives, ou bien une irritation intense et des lésions suppuratives.

Les tricophyton endothrix sont une variété propre à l'homme.

Les tricophyton ectothrix sont d'origine animale, chien, cheval, chat, et, ainsi qu'il vient d'être dit, pyogènes sans le concours d'autres microbes.

L'inflammation vive et souvent pyogénique que provoque la présence de cette dernière espèce de tricophyton, occasionne chez l'homme des lésions suppuratives, parmi lesquelles il faut noter le sycosis et la périfolliculite agminée.

Un exsudat, en effet, résulte de cet état inflammatoire et provoque le soulèvement des couches épidermiques, travail de désorganisation qui se traduit par une sensation subjective de cuisson et de prurit; il survient même de la douleur intense, selon que les tissus de la région sont plus ou moins adhérents aux couches sous-jacentes. Les tricophytos, en effet, introduisent leurs filaments ramifiés sous le tégument du conduit auditif externe et celui-ci, très adhérent au périoste, ne se laisse distendre qu'au prix de douleur continue et d'une violence extrême; cette douleur est analogue à celle que, pour une raison semblable, le streptococcus pyogenes albas de la furonculose ou l'aspergillé de l'otomycose déterminent dans cette région.

Ce travail pathologique se termine par la coagulation de l'exsudat, la formation de vésicules et de croûtes (herpès tonsurans, maculeux, squameux, vésiculeux), au milieu desquelles sont les parasites qui seront ainsi définitivement expulsés.

Les conditions générales qui président au développement des dermatomycoses, sont essentiellement favorables à la végétation des champignons parasitaires qui nous occupent. Le processus se manifeste plus fréquemment dans les saisons humides; nous avons essayé, autrefois, de démontrer <sup>(1)</sup> que ces

(1) Etude générale et essai expérimental sur l'otomycose, XII<sup>e</sup> Congrès de médecine, Moscou, 1896. In *Annales des maladies de l'oreille*, 1897, p. 517.



conditions, favorables au développement des mucédinées, étaient parfaitement établies dans le conduit auditif externe de l'homme où la température constante de 37° et l'humidité continuelle qui s'y trouve, constituent le meilleur milieu de culture pour la génération et le développement des mycophytes.

La contagiosité est la cause occasionnelle la plus commune et nous savons que le tricophyte est, de toutes les dermatomycoses, la plus facilement transmissible : transmissible par l'intermédiaire de l'homme et par l'intermédiaire des animaux, chien, chat, cheval, chez lesquels la maladie existe avec les mêmes caractères (Alibert, Bazin, Hebra, etc.).

Ainsi que dans toute région glabre, le champignon tricophyte paraît être rapidement expulsé par l'exsudation irritative que sa présence provoque. Les couches épidermiques sont, en effet, soulevées par l'exsudat, sous forme de vésicules et l'expulsion en est d'autant plus rapide que l'irritation locale a été plus intense. En conséquence, la tricophytie de l'oreille externe revêt, d'ordinaire, une marche aiguë et peut même disparaître spontanément sous l'influence de l'inflammation très violente que les microphytes ont créée (*forme vésiculaire*). Une marche plus lente peut exister quelquefois et alors sous forme uniquement érythémateuse, squameuse, car, au début de l'affection, il n'y a, comme nous le savons, que de rares spores isolés dans toute l'étendue du derme, occasionnant une irritation incomplète, insuffisante à expulser les tricophytes, insuffisante à agir efficacement et qui, dans sa marche incessante et subaiguë, ne produit que de l'érythème et des squames (*forme érythémateuse et squameuse*).

Enfin, un danger très grand pour l'oreille externe est celui du voisinage des régions pileuses (cuir chevelu, barbe, tragus), régions originellement causales de la tricophytie de l'oreille, fertiles, comme nous l'avons déjà vu, au développement des tricophytes et dans laquelle le champignon peut persister d'une manière durable, parce qu'il peut se régénérer à l'intérieur des cavités folliculaires, en s'implantant toujours dans de nouveaux follicules pileux.

*Le début* de la tricophytie de l'oreille est indiqué par une

sensation subjective de prurit ou de démangeaison qui attire l'attention sur le pavillon de l'oreille et dans son conduit auditif externe. On trouve alors sur la peau qui recouvre ces parties de petites taches rouges ou rosées, macules semblables à celle de la roséole syphilitique; des plaques érythémateuses, quelques squames, semblables à celles du prosiaris. Ou bien, l'attention n'ayant pas été promptement éveillée, on rencontre une humidité gluante dans la conque, quelques vésicules en formation ou exulcérées et mettant à nu un derme rouge, dépouillé de sa couche superficielle. Enfin, à un degré plus avancé, le tissu cutané est fortement épaissi par l'inflammation, le méat, sténosé par la tuméfaction inflammatoire, laisse sourdre un exsudat séro-purulent et provoque de violentes douleurs et la surdité. Donc, *symptomatologie* variable, semblable à celle de toute dermite intense que provoque un agent irritatif intradermique. Les parties avoisinantes et pileuses, généralement atteintes par l'herpès tonsurans, complètent cette symptomatologie.

*L'évolution* d'une otite externe semblable varie de quelques semaines à de longs mois et sa durée est proportionnelle à l'évolution des formes (vésiculeuses, squameuses, etc.), sous laquelle la maladie se présente. Dans les cas les plus favorables, l'éruption vésiculeuse se fait très vite, avec des souffrances horribles durant la formation des vésico pustules, lesquelles éclatent et se dessèchent bientôt après, ou bien laissent écouler un exsudat abondant, causal d'une otorrhée fade, séro-purulente, parfois identique à celui d'une furonculose à répétition ou d'une mastoïdite. Avec l'arrêt de la suppuration, il y a toujours formation de croûtes et au-dessous d'elles une couche d'épiderme qui, à la chute de ces mêmes croûtes, reprend bientôt son aspect normal.

*L'issue* de la maladie est la guérison sans reliquat lorsqu'elle a suivi une marche aiguë, car, en pareille occurrence, la désorganisation produite par l'évolution intradermique des tricophytons est superficielle et insuffisante à produire une altération indélébile du revêtement membraneux de cet organe. même dans sa partie la plus délicate, le tympan. Au pis aller, pourrait-on redouter une propagation inflam-

matoire à l'oreille moyenne avec ses conséquences. Parfois, cependant, la tricophytie guérit en quelques places du pavillon et du conduit, tandis qu'en d'autres surviennent de nombreuses éruptions. Ceci ressort des considérations précisément établies sur l'évolution du champignon dans les régions glabres et dans les régions pileuses où se fait la persistance causale. Alors, peut se faire la transformation de la forme aiguë en forme subaiguë ou chronique, d'aspect érythémateux et squameux, avec les altérations organiques qui suivent. Par suite, en effet, d'irritation persistante, il se forme une hyperplasie du tissu conjonctif sous-cutané, partielle ou totale du revêtement de l'oreille externe, sténose du conduit, épaissement du tympan et diminution de l'ouïe, toutes lésions souvent irréparables. Pour ces raisons, une surveillance constante au début de l'affection, de plus en plus rare dans la suite, est la condition inévitable à observer en vue de la guérison parfaite.

*Le pronostic* ne peut être favorable que dans les cas les plus bénins, c'est-à-dire ceux où l'inflammation, ayant été soudaine et vive, a disparu sans retour après l'explosion des phénomènes d'une réaction inflammatoire violente. Par l'étude de la tricophytie, il a été, toutefois, possible d'admettre que certaines otites de cette nature pouvaient être subaiguës ou chroniques par répétition des inflammations causales et ce sont ces otites dont la marche est insidieuse et, croyons-nous, souvent inaperçue qui sont les plus dangereuses pour l'audition. Semblable à ce qui arrive dans l'eczéma chronique, la couche dermoïde du conduit auditif externe et en particulier celle du tympan s'épaissit ; or, s'il est vrai que bien souvent les malades n'éprouvent d'un épaissement tympanique aucune gêne, dans la majorité des cas d'hypertrophie de la membrane dermoïde, il résulte une surdité facile à constater, soit que la tuméfaction ait été assez forte pour provoquer une tension exagérée et définitive de la membrane du tympan ; soit encore qu'elle ait occasionné un épaissement définitif de la muqueuse tympanique et avec elle des sensations subjectives désagréables dans l'oreille et dans la tête.

Nous savons que le *diagnostic* de cette maladie est toujours

difficile. En effet lorsque la maladie évolue avec la forme d'une inflammation violente, elle affecte une si grande ressemblance avec l'otite furonculaire, qu'il n'y a guère que l'observation microscopique pour la différencier. Ce sont alors les mêmes douleurs déchirantes ou pulsatiles auxquelles s'ajoutent parfois de la fièvre, de la lourdeur de tête et des bourdonnements d'oreille avec altération de l'ouïe. C'est la même sténose du conduit dont la lumière se trouve formée par une énorme tuméfaction inflammatoire de la membrane qui le revêt ; c'est un écoulement otorrhéique intermittent, de peu d'abondance, mêlé à des détritits squameux, dont le megma rappelle celui d'un bourbillon. Comme, enfin, la vésicule peut être cuminée, la ressemblance devient parfaite et le microscope seul en décide. De même avec l'otomycose.

Si la maladie affecte une forme érythémateuse ou squameuse, avec réaction lente, c'est avec l'eczéma, l'érythème vésiculo-papuleux, l'eczéma impétigineux, la roséole syphilitique, certaines variétés d'acné, qu'il faudra la différencier. Or, toutes ces diverses éruptions polymorphes ont des caractères si peu pathognomoniques qu'on ne pourra les classer qu'en évoquant l'histoire des maladies et en fixant, par l'examen microscopique, le diagnostic vrai, et ceci avec d'autant plus de raison encore que beaucoup de ces dermatoses sont symptomatiquement caractérisées par les signes généraux d'une véritable dermite.

Enfin, les syphilides (formes squameuses, vésiculeuses, érythémateuses), que nous savons si difficiles à diagnostiquer d'avec bon nombre d'éruptions cutanées semblables, offrent le même embarras d'examen avec la tricophytie et s'en différencient par les engorgements ganglionnaires, qui, toujours, l'accompagnent, par les résultats du traitement spécifique, toutes choses simplifiées parfois par l'examen microscopique.

Aussi, pouvons-nous résumer en disant que le diagnostic se fait à l'aide du microscope et se trouve parfois prévu par la tricophytie de voisinage. C'est aussi l'opinion de Majocchi, lequel essaye néanmoins dans son observation, d'établir son diagnostic sur les signes cliniques observés.

*Traitement.* — Pour traiter une otite externe parasitaire, ayant pour cause le tricophyte, il faudra envisager les diverses phases de l'inflammation qui affecte l'oreille, et tenir compte aussi de la nature du champignon qui a occasionné et entretient la maladie. Or, il est de règle générale que toute dermatomycose soit traitée par des substances parasitocides et l'emploi de celles-ci exige toujours, au préalable, l'application de moyens accessoires, tels que lavages, ramollissement des croûtes, épilation, etc., destinés à mettre les parties malades en état de subir l'action des substances médicamenteuses spécifiques.

Il n'existe, contre la tricophytie, aucun médicament vraiment spécifique et ceux employés pour expulser le tricophyte ne sont que des substances irritantes du derme, propres à favoriser une dermite <sup>(1)</sup> exsudative vésiculeuse, une exfoliation avec exsudation modérée <sup>(2)</sup>, qui rejette au dehors les spores cachés sous le derme. On emploie, à cet effet, le goudron, le savon mou, la cautérisation avec une solution de potasse (1 sur 2 d'eau distillée), la teinture d'iode, la glycérine iodée (iode pur, hydriodate de potasse aa, 5 grammes, glycérine, 10 grammes), les pommades à la chrysorabine et à l'acide pyrogallique à 1/10, etc., médicaments qu'on peut utiliser sans danger sur toute la surface du pavillon de l'oreille, mais dont l'action serait peut-être dangereuse sur une membrane aussi délicate que la membrane du tympan. Aussi, vaudrait-il mieux mettre dans le conduit auditif des substances moins énergiques, moins irritantes; la pommade au naphthol ou vaseline naphtholée à 1/10, que nous a indiquée le Prof. Nepveu <sup>(3)</sup>, paraît répondre au desideratum. — On a proposé <sup>(4)</sup> encore l'usage des solutions alcooliques et éthérées d'acide phénique, d'acide salicylique, la teinture de tragon, le lait de soufre. Lavages des parties malades à la solution de sublimé au 1/1000.

<sup>(1)</sup> KAPOSI. — *Leçon sur les maladies de la peau* (II, 439), trad. Besnier.

<sup>(2)</sup> BESNIER. — (Notes).

<sup>(3)</sup> NEPVEU. — *Loc. cit.*

<sup>(4)</sup> KAPOSI. — *Loc. cit.*

Reste la direction du traitement : elle doit se conformer aux phases diverses de la maladie et avec complications intercurrentes en tenant compte, ainsi que nous venons de le voir, des causes étiologiques et des particularités de l'organe atteint.

Lorsqu'en effet, la tricophytie suit la marche aiguë ou vésiculeuse, elle peut disparaître spontanément et d'autant plus vite qu'une irritation locale plus intense a présidé à la formation des vésicules. En conséquence, loin d'avoir à provoquer ou faciliter une irritation nouvelle par les médicaments spéciaux dont nous avons parlé, il faudra user de moyens propres à écarter toute cause d'irritation mettant aussi obstacle à la formation du nouvel épiderme. De simples lotions au sublimé au 1/1000, suivies de l'emploi de vaseline pure, de colcream, qu'on appliquera dans le conduit et sur toutes les régions malades avec un pinceau, peuvent suffire. Les parties trop humides, ou qui seront le siège d'une trop vive inflammation, guérissent en peu de temps si on les saupoudre de poudre d'amidon. Il faut, toutefois, rester en garde contre l'obstruction rapide du canal auriculaire par les poudres ou onguents indiqués ; aussi, est-il nécessaire de procéder à un nettoyage fréquent du méat et de placer à son intérieur une mèche de gaze induite du corps gras prescrit et dont le but est d'empêcher le rapprochement des parois du conduit.

Lorsque la maladie est à la période de formation des croûtes, il faut d'abord enlever celles-ci pour rendre possible l'action des médicaments sur la peau malade. Le mieux est de les ramollir avec des lotions d'eau chaude, des douches de vapeur d'eau et d'attendre un jour ou deux l'action excellente de ces topiques. Un moyen excellent, que Politzer emploie pour enlever les croûtes de l'eczéma et qui, dans le cas présent, peut être utilisé avec avantage, consiste à porter sur les croûtes une assez grande quantité d'huile ou de baume du Pérou. Les croûtes peuvent, dès les jours suivants, être enlevées sans arrachement violent, ni déchirure.

Généralement, après la chute des croûtes, l'épiderme nouvellement formé, tendre et peu résistant, demeure longtemps encore hyperhémique. Il convient de le préserver contre toute irritation nouvelle, directe ou indirecte, telle que frottement

de la peau, apport de poussière, et principalement veiller à ce qu'aucune contagion nouvelle, provoquée par la présence de trichophyton dans les régions voisines (cheveux, barbe), ne vienne ensemençer à nouveau ce terrain à peine déblayé et facilement inoculable. Dans ce but, on évitera les lavages fréquents et, jusqu'à disparition de toute hyperhémie, on se bornera à étendre sur les régions qui le nécessitent, légèrement avec un pinceau, une mince couche de pommade au précipité blanc à 1/10, avec ou sans addition d'une égale quantité de soufre.

Si, au contraire, à la chute des croûtes, les parties de la peau restent dépouillées, il faudra les enduire de vaseline boriquée, ou plombique, ou bien avec l'onguent diachylum d'Hebra. Isoler toujours les parois du conduit auditif, en plaçant entre elles de petits bourdonnets enduits d'une de ces pommades.

Quelquefois, l'exsudation irritative persiste, et dès que les croûtes sont enlevées elles se reforment. Le mieux est alors de les laisser se reformer et tomber d'elles-mêmes.

Dans les formes squameuses ou érythémateuses, c'est-à-dire les formes à évolution lente, conviennent, de préférence, les moyens irritatifs propres à provoquer ou aider une réaction opportune. Les lavages au savon de goudron ou de potasse, les pommades au goudron, au naphthol, au turbith minéral, la teinture d'iode, etc., rendront alors de grands services.

La dissolution alcoolique de savon noir aidera particulièrement à enlever l'épiderme calleux et, dès lors, quand la peau sera plus souple et lisse, on badigeonnera avec ces pommades ci-dessus indiquées. Nous nous sommes bien trouvés de l'application d'une solution de nitrate d'argent au 1/10 en période terminale.

Après la guérison de la trichophytie de l'oreille, les altérations de l'ouïe et les bruits subjectifs disparaissent fréquemment.

Quelquefois, cependant, la forme de la maladie et sa durée laissent des altérations diverses, indurations cutanées, sténoses du conduit, épaissement tympanique, surdité, bruits subjectifs, contre lesquels on entreprendra les traitements d'usage.

Pour nous résumer, nous dirons :

I. — La plupart des dermatomycoses peuvent envahir le conduit auditif externe et occasionner des otites parasitaires, importantes à déterminer autant que difficiles à guérir.

II. — Le trichophyton de Malmsten est du nombre des végétaux mucédinés capables de déterminer des inflammations de cette nature. L'observation que nous apportons en est une preuve nouvelle quoique les exemples en soient excessivement rares.

III. — Les otites trichophytiques sont des inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques, caractérisées par une dermite qui peut être extrêmement violente, avec éruption vésiculeuse et suppurative, ou bien simplement érythémateuse et squameuse.

IV. — Le pronostic est bénin dans les cas à marche aiguë ; variable quant à l'intégrité de l'oreille et de l'ouïe dans les cas à marche lente.

V. — Le diagnostic doit être fait principalement avec l'otite furonculaire, l'otomycose, les eczémas impétigineux et squameux, diverses acnées, les érythèmes de la roséole syphilitique et les syphilides diverses. L'analyse microscopique seule peut décider de la question que souvent des lésions trichophytiques aux régions voisines laisseront prévoir.

VI. — Le traitement découle de la règle générale qui régit celui de toute dermatomycose et dans sa direction on doit tenir compte des causes étiologiques, des phases diverses de la maladie et de la région anatomique où cette affection évolue. Parmi les médicaments parasitocides qu'on peut en pareil cas employer, les lotions de sublimé au 1/1000 et la vaseline naphtolée à 1/10 nous semblent dignes de confiance.

---



#### IV

### DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA TUBERCULOSE DU LARYNX LARYNGECTOMIE PARTIELLE. TRACHÉOTOMIE

Par **N. TAPTAS**, spécialiste en chef pour les maladies des oreilles, du nez et du larynx, à la clinique de la mission de Saint-Georges et à l'hôpital international d'enfants, de Constantinople.

OBSERVATION. — M. Ohannes Domikian, âgé de 47 ans, originaire de Sivas en Asie Mineure, s'est présenté à ma consultation le 25 décembre dernier, se plaignant d'aphonie, de difficulté à la respiration et à la déglutition et d'une tumeur douloureuse en avant du cou.

Antécédents héréditaires nuls.

Sauf une fièvre paludéenne à l'âge de 14 ans, le malade n'a jamais rien eu. D'ailleurs il était d'une corpulence respectable, il pesait 99 kilos.

Il y a trois ans, il fut pris d'enrouement intermittent, mais la maladie ne se déclara franchement que l'an dernier. Elle débuta sous une forme aiguë, définie par le médecin traitant sous l'appellation de pleurésie avec bronchite, elle se poursuivit ensuite avec de l'aphonie, de la toux et un affaiblissement progressif.

Quand le malade vient nous trouver son amaigrissement est extrême. Il ne pèse plus que 48 kilos. En avant du larynx on remarque une tumeur fluctuante de la dimension d'une petite orange prête à s'ouvrir sur un point où la peau est tendue et jaune. Les dimensions latérales du larynx sont normales. Au laryngoscope la corde vocale droite paraît rouge et tuméfiée ; la région aryénoïdienne est normale, mais la corde vocale gauche est couverte de granulations et la bande ventriculaire avec le repli ary-épiglottique du même côté sont excessivement tuméfiés, formant une grosse tumeur qui, rétrécissant à l'intérieur la lumière du larynx,

touche à l'extérieur à la paroi latéropostérieure du pharynx, constituant avec elle une gouttière profonde où stagnent la salive et les liquides avalés par le malade. Les poumons sont difficiles à examiner à cause de la respiration laryngienne défectueuse, mais ils ne paraissent pas profondément atteints. T. 37° à 38°.

Devant cet état de choses notre conduite devenait des plus embarrassante. L'opération, dans ces circonstances, est, nous le savons, peu recommandable, tant en raison de la cachexie avancée du malade qu'à cause de la nature de sa maladie ; mais, d'autre part, l'imminence de l'ouverture spontanée de l'abcès externe ainsi que de suffocation imposait une intervention, ne fût-ce que pour soulager le malade. Sans nous inquiéter des conséquences possibles de l'intervention et pensant simplement à l'accomplissement consciencieux de notre devoir, nous nous décidâmes à intervenir.

L'opération fut pratiquée le 30 décembre, à ma clinique, avec l'aimable assistance de mes confrères M. M. Violi, Macri et Eulampion.

Après cocaïnisation du larynx et introduction d'un long tube d'O'Dwyer, afin d'éviter la suffocation pendant la narcose, je fis donner le chloroforme. Alors, après l'incision de l'abcès sur la ligne médiane et le curettage profond de ses parois fongueuses, je constate que la lame gauche du cartilage thyroïde nécrosée, laisse communiquer l'abcès externe avec l'intérieur du larynx. Je prolonge alors l'incision en bas et après hémostase parfaite j'incise les premiers anneaux trachéaux en respectant l'isthme thyroïdien que je fais écarter en bas, et j'introduis une canule de Trendelenburg. Alors j'ouvre sur la ligne médiane le larynx à l'aide de forts ciseaux, j'insère une mèche de gaze stérilisée au-dessus de la canule trachéale de Trendelenburg afin d'éviter la pénétration du sang dans la trachée et j'enlève avec une large curette et des ciseaux, la plus grande partie du côté gauche du larynx. Le ventricule de Morgagni était rempli de tubercules calcifiés que je retire par morceaux gros comme des noisettes. Après m'être assuré de l'excision de toutes les parties malades, ce qui nécessita aussi la résection d'une importante portion du cartilage cricoïde, je cautérise la surface de la plaie au thermo-cautère et je tamponne le larynx avec de la gaze iodoformée. Ensuite, je remplace la canule de Trendelenburg, par une grosse canule trachéale.

Suites opératoires satisfaisantes. Pansements quotidiens, consistant à retirer la canule trachéale et le tampon laryngien et à toucher la surface tantôt avec de la teinture d'iode pure, tantôt avec du chlorure de zinc au cinquième.

Au cours des premiers jours qui suivirent l'opération, la température demeura irrégulière, oscillant entre 37° et 38°. Mais depuis elle est devenue normale, ne dépassant jamais 37°. L'expectoration pendant les trois premières semaines était vraiment désespérante. Toute irritation de la trachée et du larynx lors du changement du pansement entraînait le rejet de quantités de mucopus comme si l'on évaidait un abcès ; dans la nuit la toux et l'expectoration étaient aussi très gênantes. Mais par la suite les crachats allèrent en diminuant au point qu'actuellement il n'y en a plus trace. La toux a aussi complètement disparu.

La plaie laryngée, demeurée béante après l'opération, accusa dès les premiers jours une tendance à la cicatrisation régulière. Elle se rétrécit petit à petit sans montrer aucun phénomène tuberculeux, de sorte qu'aujourd'hui on a de la peine à croire qu'on ait fait davantage qu'une simple trachéotomie.

Au laryngoscope, la moitié droite du larynx est normale, sauf une légère rougeur ; sa motilité est parfaite et il n'existe aucun signe d'infiltration. La moitié gauche opérée est immobile et rétractée en dedans, retrécissant passablement la lumière du larynx, mais toute inflammation semble enrayée. La respiration sans canule, faite au commencement de la cicatrisation de la plaie externe, est devenue très pénible actuellement par la rétraction des cicatrices intra-laryngées. Plus tard je tenterai le décanulement par une autoplastie.

L'appétit excellent dès la première semaine après l'opération dégénéra, par la suite, en une véritable boulimie, ainsi que M. Goris l'a observé aussi dans ses observations. Pendant les premiers jours qui suivirent l'intervention, la déglutition était entravée par la parésie inflammatoire pharyngo-laryngienne, mais cette difficulté disparut rapidement. Actuellement mon malade absorbe 1 kilo de pain par jour, sans compter les œufs, macaronis, viandes, poissons, légumes, etc., etc. Son état général est parfait. En l'espace de deux mois et demi il a gagné 22 kilos et pèse 70 kilos au lieu de 48 avant l'opération. La chose paraît invraisemblable mais c'est pourtant la réalité. Au cours des premières semaines on le pesa tous les vendredis, et il augmenta de 3 kilos par semaine jusqu'à ce qu'il atteignit 67 kilos. Depuis lors il gagne presque 1 kilo par semaine. Comme médication interne il ne prit qu'une mixture tonique.

Voilà donc un cas de thyrotomie qui sauva le malade d'une

mort certaine. Examinons quel peut être le sort de cette intervention dans l'avenir ?

M. Schmidt, le spécialiste renommé de Francfort-sur-Mein, dans son ouvrage sur les maladies des voies respiratoires supérieures est d'avis que, malgré ses résultats peu encourageants jusqu'à présent, la thyrotomie est le seul vrai procédé chirurgical pour atteindre les lésions laryngées comme on le fait pour les gommés tuberculeuses des condyles fémoraux, etc., etc., et il espère qu'avec les progrès de la science, elle donnera de bons résultats dans l'avenir. On doit pourtant, dit-il, apprendre avant tout la manière d'éviter la pneumonie de déglutition.

En effet, la première condition de la réussite de toute opération pratiquée sur le larynx ou au-dessus sur les voies respiratoires consiste à empêcher pendant l'opération que le sang, les sécrétions pathologiques et par la suite les substances alimentaires ne pénètrent dans la trachée. A condition de veiller à ce soin, on verra les opérations les plus graves s'accomplir sans donner lieu à la moindre réaction post-opératoire. Tant chez le malade dont je viens de rapporter l'observation que dans une laryngotomie totale pour sarcome que j'ai pratiquée l'année dernière, la fièvre atteignit à peine 38° durant les premiers jours après l'opération et le choc a été nul. M. le Prof. Gluck, de Berlin, a montré l'importance de cette condition par le succès éclatant de ses nombreuses interventions sur le larynx.

M. Schmidt cite une statistique de 16 cas de laryngotomie pour tuberculose du larynx, que Crepon avait donnée en 1894. Quatre de ces malades succombèrent aux suites opératoires, chez quatre autres l'affection laryngée fut améliorée mais la mort fut provoquée bientôt par des lésions pulmonaires ; sept furent très heureusement améliorés mais leur sort ultérieur est inconnu. Un opéré de Hopmann remplissait encore au bout de 11 ans son office de prédicateur et par conséquent était parfaitement guéri.

Des résultats plus récents et favorables ont été obtenus dans un cas de laryngofissure de Sokolowsky, deux cas de Grünwald et deux de Kuttner. Un malade de Grünwald vivait

encore au bout de 4 ans et demi. M. Schmidt relate deux observations ; le second malade était rétabli depuis deux ans au moment de la publication de son ouvrage en 1897.

Chez ce malade, il avait fait extirper par Pinner toute la bande ventriculaire infiltrée et cautériser la plaie à l'acide lactique pur. Il conseille de curetter et de cautériser toujours à l'acide lactique pur et de tamponner à la gaze iodoformée afin d'éviter le pneumonie par aspiration.

M. Goris, de Bruxelles, dans son rapport au XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine à Paris, dit : « Les résultats de la thyrotomie dans la tuberculose du larynx ne sont pas brillants. C'est un aveu qui ne me coûte guère, quoique j'ai été un des premiers à faire l'opération ».

Il cite une statistique de quatorze observations dont :

Neuf décès dans les cinq à six mois qui suivirent l'opération ;

Une guérison parmi les observations de Schmiegelow ;

Trois guérisons durables parmi ses propres malades ;

Une guérison du larynx suivie de décès par tuberculose pulmonaire au bout de deux ans chez un de ses malades.

« Dans les 3 cas, dit M. Goris, où je considère la guérison « comme définitive, l'opération semble avoir fait le contraire « de ce qu'elle fait dans les autres cas. Au lieu de donner un « coup de fouet à la maladie, elle a eu une influence heureuse « sur le processus pulmonaire. Tel est le premier cas que j'ai « opéré, où le larynx s'est guéri, où les bacilles ont définitive- « ment disparu depuis plus de trois ans et où la santé générale est réellement florissante. Les membres de la Société de « laryngologie ont pu juger à plusieurs reprises de l'excellence « du résultat.

« Tel est le cas du second malade que j'ai montré à la Société « belge de chirurgie, dont la guérison du larynx se maintient « depuis le 2 juillet 1897, qui a vu son poids monter de « 63 kilos à 93 et dont le larynx reste guéri malgré la persistance d'une tuberculose pulmonaire à allure torpide. Cet « homme a pu reprendre toutes ses fonctions.

« Tel est encore mon troisième cas dont l'état général est « excellent depuis un an..... »

« Je pense en matière de conclusion, dit-il, que la thyroto-

« mie doit être réservée aux cas de tuberculose du larynx peu  
« étendue chez des tuberculeux peu avancés, et où il s'agit  
« d'empêcher la tuberculose laryngée de venir compromettre  
« par sa dysphagie un état général jusque-là satisfaisant ».

On voit donc que la thyrotomie a pu, dans certains cas, rendre service aux malades. Il ne pourrait pas en être d'ailleurs autrement du moment que la trachéotomie seule, faite dans le but d'écarter la mort par suffocation, arrive très souvent non seulement à améliorer l'état local du larynx mais à faire disparaître les symptômes pulmonaires et l'expectoration. Tous les auteurs relatent des cas de ce genre. Un malade de M. Schmidt gagna trente-cinq livres. Un malade opéré par nous il y a six mois a vu son état s'améliorer après l'opération, l'expectoration et la fièvre disparurent et il retourna chez lui deux mois après en parfaite santé. Depuis lors, nous n'avons pas eu de ses nouvelles. Son larynx était tellement infiltré qu'il atteignait même à l'extérieur presque le volume d'un poing, mais c'était une infiltration sous-muqueuse. L'épiglotte et les aryténoïdes étaient normaux ; seules les cordes vocales bourgeonnaient et les ventricules semblaient gonflés par l'introduction d'une grosse noix. A cette époque, découragé par la lecture des publications et par les opinions orales défavorables de quelques confrères éminents, j'avais hésité à pratiquer la thyrotomie ; mais je me suis repenti d'avoir respecté des foyers si étendus dans le larynx de mon malade sur le sort ultérieur duquel je n'ai pu recueillir aucun renseignement.

L'influence favorable de la trachéotomie a été attribué à juste titre au repos imposé au larynx et à l'oxygénation abondante du sang, favorisée par la respiration à travers une canule large et toujours béante. S'il en est ainsi de la trachéotomie, la thyrotomie ne peut qu'être plus efficace, car aux avantages de celle-ci elle joint celui de supprimer les foyers infectieux.

M. Schmidt fournit pour la trachéotomie les indications suivantes : 1° Sténose avant tout, et sans trop attendre ; 2° lésions laryngées graves avec manifestations légères des poumons, même sans coexistence de sténose ; 3° affection laryngée à marche rapide avant même l'apparition de la

dyspnée ; 4° en cas de dysphagie concomitante intervenir encore plus tôt.

Ces indications sont bonnes pour la trachéotomie, car il s'agit alors de combattre un symptôme existant ou menaçant, la suffocation. Pour la thyrotomie la question devient plus délicate. Nous pensons que si le gonflement laryngé est plutôt imputable à l'œdème qu'à une infiltration gommeuse, on peut se contenter de la trachéotomie. De même dans les cas d'affection laryngée évoluant rapidement où les limites du mal sont encore indéterminées, et l'état des poumons incertain, il vaut mieux se contenter de la trachéotomie, ne fût-ce que provisoirement. Mais dans les cas de tuberculose ancienne, où l'on a affaire à des gommes calcifiées plus ou moins localisées aux bandes ventriculaires avec ou sans participation de l'épiglotte ou des aryténoïdes, la thyrotomie constituera un second temps de la trachéotomie et, effectuée dans la même séance, après l'introduction d'une canule tampon, elle servira à curetter et exciser soigneusement les parties malades et à cautériser au thermocautère à l'acide lactique pur les surfaces de la plaie, de même qu'elle facilitera les pansements ultérieurs. Bien entendu, nous n'avons pas en vue ici les tuberculoses légères ou incipientes du larynx, dans lesquelles on obtient d'excellents résultats par le traitement médical complété par le repos et la thérapeutique générale.

En agissant suivant nos indications nous ne prétendons pas que le succès couronne toujours l'intervention ; mais certains malades en retireront une longue survie. Les statistiques antérieures en fournissent des exemples probants et on peut espérer qu'avec les perfectionnements toujours nouveaux de nos interventions et en triant mieux les cas à opérer, les résultats seront encore meilleurs.

Fait capital, la trachéotomie doit toujours être faite sous le chloroforme et après l'introduction d'un tube d'O'Dwyer dans le larynx, muni d'un fil qui servira à le retirer lorsque la trachée sera ouverte. C'est le seul moyen d'opérer les sténoses laryngées et d'assurer l'hémostase parfaite avant l'ouverture de la trachée.

---

## CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PSYCHOPATHIES D'ORIGINE AURICULAIRE

Par **Achille TORRETTA**, assistant à l'Institut anatomo pathologique  
de l'Université Royale de Gènes.

Il est avéré désormais que les affections auriculaires peuvent provoquer des accès d'épilepsie ; assez souvent on a observé des crises de maïe, des vertiges impulsifs, de la mélancolie chez des individus qui, tant dans leurs antécédents héréditaires que personnels, ne présentaient pas la moindre tare nerveuse ; ces cas ont fourni la preuve directe que ces formes de lésions dépendaient uniquement de la maladie d'oreille, puisqu'ils étaient enrayés aussitôt que les symptômes auriculaires avaient été vaincus par les moyens chirurgicaux.

A l'exclusion d'autres cas, je citerai l'observation classique de Biehl (1) communiquée à la VII<sup>e</sup> réunion de la Société allemande d'Otologie, où l'auteur nota, six semaines après l'éclosion d'une otite moyenne suppurée, l'établissement d'une sorte de mélancolie accompagnée d'idées de persécution et de suicide ; la suppuration auriculaire se compliqua d'une mastoïdite que l'auteur traita chirurgicalement ; la dure-mère correspondait avec l'antre et était couverte de granulations ; le lendemain de l'intervention la mélancolie disparut pour toujours.

Mais presque tous les exemples consignés dans la littérature concernent des troubles mentaux passagers et peu accentués, tandis que dans notre cas ils furent tellement intenses et persistants qu'il fallut interner la malade dans un asile d'aliénés où elle succomba au bout d'environ quatre années. De plus, dans la majeure partie des cas, la cause était une simple sup-



puration, tandis que chez notre malade, on doit exclure à notre avis toute otite moyenne suppurée chronique ayant déterminé le cholestéatome, qui, selon toute probabilité, serait primitif.

Toutefois notre observation présente un vif intérêt, tant au point de vue clinique que par l'apparition d'accès de manie et la valeur de l'examen nécroscopique.

L'histoire de la maladie a été recueillie par mon collègue et ami, le Dr R. Albericci, attaché à l'asile d'aliénés de Quarto al Mare (Gènes), auquel je suis heureux d'offrir mes sincères remerciements.

*Antécédents de famille.* — Exclusion de tares directes et collatérales; personne dans l'entourage n'a présenté de troubles psychiques. Les ancêtres de la malade sont tous morts à un âge avancé sans avoir souffert d'affections nerveuses organiques ou fonctionnelles. Pas de mariages consanguins. A la naissance de Carmela son père avait 33 ans et sa mère 30 ans, elle a un frère aîné et une sœur cadette. Avant la naissance de leurs enfants les parents ont toujours joui d'une bonne santé; ils sont encore vivants et bien portants, mais trois de leurs enfants, deux garçons et une fille, ont succombé, en bas âge, à des maladies dont on n'a pu préciser la nature, mais qui n'étaient certainement pas des convulsions. En un mot, rien dans la famille ne justifie l'apparition d'accidents nerveux.

*Antécédents personnels.* — Développement physique normal pour la dentition et la parole; la malade eut seulement, pendant son enfance, les maladies éruptives ordinaires. A 15 ans la menstruation s'établit et se poursuivit régulièrement. Léger ictère catarrhal. Deux grossesses; accouchements normaux. La malade nourrit seulement l'aîné de ses enfants, elle dut envoyer le second à l'hospice, ayant été chassée par son mari.

L'instruction de la malade fut superficielle, elle témoigna peu de goût pour l'étude et fréquenta l'école du village dirigée par le Curé. Elle a toujours travaillé aux champs, excepté un court laps de temps où elle se plaça comme domestique. Sauf un léger entêtement, elle avait bon caractère et remplissait fort exactement ses devoirs religieux. Sa vie s'écoula dans de bonnes conditions hygiéniques, comme nourriture elle adopta le régime mixte, mais

surtout végétal, elle avait horreur de l'alcool. On ne remarquait aucun signe de lésions psychiques.

La maladie débuta lors de l'expulsion de la femme par son mari, il est impossible de savoir si auparavant elle avait présenté des phénomènes nerveux. Quatre ans avant son internement, le médecin du pays la soigna pour des crises épileptiques hebdomadaires et même plus fréquentes qui disparurent lorsque la malade commença, le 12 juin 1895, à présenter des symptômes de démence.

En ce qui concerne l'organe auditif, la malade accusait seulement de faibles bourdonnements du côté gauche et un abaissement de l'audition. Au cours de la maladie, les symptômes de folie dominaient. La malade jetait des pierres sur les passants, cherchait à s'enfuir du logis semi-vêtue et voulait se noyer. Après quelques jours d'exaltation, le calme revint mais la malade devint taciturne, son humeur se modifia du tout au tout. Au début des accidents, on avait songé à enfermer Carmela, mais le calme étant revenu, on espéra une guérison relative et on attendit; toutefois, en janvier 1897, vu la nécessité de mettre un terme à ses actes inconsidérés et à des tentatives de suicide, on dut l'interner à l'asile d'aliénés de Quarto s/Mer (Gènes).

#### ETAT GÉNÉRAL DE LA MALADE LORS DE SON ENTRÉE A L'ASILE.

Carmela D., est très excitée; sa démarche est déréglée; elle s'exprime facilement, mais sa conduite est extravagante et son intelligence obscurcie.

#### EXAMEN ANTHROPOMÉTRIQUE

Diamètre antéro-postérieur . . . . .	182
"          transversal . . . . .	144
Index céphalique . . . . .	79
Courbe antéro-postérieure . . . . .	360
»          transversale . . . . .	295
»          totale . . . . .	540
Evaluation approximative de la cavité crânienne. . . . .	1521
Hauteur du visage . . . . .	182
De la glabelle au menton . . . . .	124
Du menton à l'oreille . . . . .	113

# PSYCHOPATHIES D'ORIGINE AURICULAIRE

463

Diamètre bizygomatique. . . . .	111
» bimandibulaire. . . . .	100
Hauteur du front . . . . .	50
Largeur du front . . . . .	70
Pavillon de l'oreille droite, hauteur . . . . .	61
» » largeur . . . . .	35
Oreille gauche, hauteur . . . . .	60
» » largeur . . . . .	35
Angle facial . . . . .	68
Au dynamomètre, à droite . . . . .	65
» à gauche. . . . .	45
Taille . . . . .	1 m. 53
Largeur des bras . . . . .	1 m. 58
Poids . . . . .	52 kg.
Sensibilité à l'algomètre, droite . . . . .	5
» » gauche . . . . .	5

Apparence extérieure normale ; nutrition suffisante ; teint coloré ; système pileux normal. Plagio céphalie, plagio prosopie ; sténo crotaphie. Carie dentaire étendue.

## FONCTIONS VÉGÉTATIVES

Langue pâteuse ; salivation abondante ; hyperchlorhydrie ; constipation. Respiration fréquente, superficielle. Pouls rapide, irrégulier. Urine en quantité restreinte, colorée par un dépôt d'urate et d'acide urique, avec augmentation de l'acidité totale. Menstruation profuse. Amaigrissement. Température plus élevée à la tête qu'aux extrémités. Insomnie et sommeil à l'état de veille.

## FONCTIONS D'INNERVATION

Les muscles sont amollis par suite d'altérations trophiques et on observe fréquemment l'hyperkinésie et l'asthénie. Les réflexes superficiels cutanés, muqueux et sensoriels sont affaiblis. Inégalité des réflexes tendineux patellaires surtout accentuée à droite.

Les prunelles réagissent normalement à la lumière, à l'accord, à la douleur ; exagération des réflexes génito-spinaux. La sensibilité électro-cutanée ne s'écarte guère de la normale ; la contractilité mécanique vasculaire est exagérée. La tension musculaire est entravée. Troubles de la démarche et de la préhension. Le sentiment de la fatigue est altéré. Les muscles s'exercent incessamment sans que la puissance musculaire en soit accrue. Atténuation uniforme de la sensibilité externe de la peau et des muqueuses ; du sens tactile ; les localisations et le sens topographique sont les mieux conservés ; le sens basique, le thermique et celui de la douleur sont plus atténués. La sensibilité musculaire est déséquilibrée au point de vue de la position et des efforts. Le sens lumineux est à peu près intact. Le sens chromatique et l'orientation sont déplacés. A gauche l'audition est totalement abolie par la voie aérienne, mais elle subsiste par la conduction osseuse. Il n'existe aucune autre lésion appréciable ; subjectivement, on remarque de forts bourdonnements, des hallucinations auditives, des vertiges impulsifs.

Après ce premier examen, on remarqua que l'ouïe était notablement atténuée du même côté que la plagiocéphalie, tandis que Venturi, chez les épileptiques, a enregistré un abaissement constant de l'acuité auditive du côté opposé à la plagiocéphalie.

Le goût et l'olfaction sont presque normaux ; vive exagération des besoins organiques tels que faim, soif, volupté, activité et repos. Rien d'anormal du côté des viscères ; anesthésie parfaite ; une sensation intime de bien-être imprime à tout un aspect gai, brillant et attrayant.

#### FONCTIONS PSYCHIQUES

Attitude générale désordonnée ; physionomie altérée ; œil vif, louche ; regard mobile ; cheveux ébouriffés ; tenue extravagante ; vêtements déchirés et malpropres ; gestes saccadés, voix enrouée et sifflements, chants et éclats de rire. La mimique est expressive ; la parole émue et incohérente ; langage articulé net qui se traduit par un verbiage étourdissant, un véritable flux, les mots et les phrases se suivent en tumulte, la rapidité excessive de l'élocution hachée supprime tout lien entre les idées ; l'activité psychomotrice se signale par de véritables impulsions pantoclastiques ; le caractère est altéré ; la malade n'a pas conscience de ses actes. Le sen-

timent de la conservation est amoindri ; l'instinct génésique s'est prononcé et la malade parle volontiers de sujets lubriques. Au point de vue social, tant avec sa famille qu'avec les étrangers, la malade a pour ainsi dire perdu toute notion de sympathie, de justice et de pitié. Les sentiments religieux et esthétiques sont amortis et quant au sens moral il n'en est plus question.

L'attention est très distraite, le niveau de la conscience est abaissé et la notion de temps et de lieu fait défaut. La malade a perdu tout sentiment de personnalité, son *moi* lui est inconnu. Parfois elle perd complètement la raison.

La perception intellectuelle est fugitive et imparfaite ; la réceptivité diminuée, l'évocation des images rapides, la malade divague et rêve souvent ; la formation et l'association des idées sont très précipitées ; il existe une véritable *idéorrhée*.

La malade délire constamment, il n'y a aucune logique dans ses discours ni dans ses pensées. Elle s'exprime avec exaltation, et l'émotivité bruyante domine ; la succession rapide des lésions empêche l'uniformité ; les illusions sensorielles et le délire ont un caractère instable et fugace et d'ordinaire se rapportent à des sujets érotiques. Altérations des sentiments d'égoïsme et d'altruisme. L'affection, l'amitié, les sentiments élevés, intellectuels et esthétiques, moraux, religieux sont atténués ou éteints. La volonté est en voie de dissolution. Les désirs sont bas ; la sensation personnelle est presque abolie ainsi que l'activité d'inhibition des centres.

En février 1897, un mois environ après son internement, le trouble mental et physique persistait et la malade devenait tellement violente qu'elle frappait les infirmières, aussi dut-on l'isoler et l'entraver.

Le 10 avril 1897, elle eut une légère crise d'épilepsie et les symptômes de manie disparurent. On diagnostiqua : Manie avec accès d'épilepsie ; ces derniers se reproduisirent dès lors régulièrement tous les trois ou quatre jours.

Les prodromes de la crise épileptique consistaient en une inquiétude généralisée et une tristesse accablante ; la malade devenait soupçonneuse, avait besoin de solitude et montrait des dispositions hostiles envers chacun. En même temps que la dépression sensorielle se prononçait, elle perdait en partie la notion du monde extérieur, son intelligence s'obscurcissait, elle était incapable de raisonnement ; pendant plusieurs heures elle était en proie à des convulsions, éprouvait la sensation pénible d'un trop plein dynamogénique, jusqu'à ce que l'accroissement brusque

d'accidents auditifs, de bruits et de détonations, provoqua une crise typique de haut mal. Rosham cite le cas d'un épileptique de 23 ans, qui était averti de l'accès par des bourdonnements de l'oreille gauche, Tissier rapporte un exemple analogue. Mais généralement, les manifestations auditives sont constituées par des phrases musicales, des chœurs angéliques, des paroles injurieuses, etc. ; les phénomènes psycho-sensoriels, s'ils sont intimement liés avec l'organe de l'ouïe ne sont pas expliqués, d'ordinaire, clairement au point de vue de la genèse anatomique. La malade blémissait, puis en jetant un cri rauque et perçant, elle tombait habituellement sur l'occiput en proie à une syncope complète. Etat tétanique généralisé des muscles, tête portée en arrière, paupières semi-closes, mâchoires serrées, muscles tendus et secoués, surtout ceux de la face et du front ; bulbes oculaires convergents à l'intérieur ; visage congestionné, livide, turgescence vasculaire de la conjonctive ; poing fortement replié sur l'avant-bras ; tension tétanique des jambes ; respiration très superficielle.

Au bout de dix à quinze minutes, on assistait au retour des spasmes cloniques des articulations, de la tête, des yeux, des paupières qui s'ouvraient et se refermaient très prestement ; la bouche laissait échapper de brèves expirations ininterrompues ; salive sanglante ; paupières dilatées. Petit à petit l'intensité, la véhémence et la fréquence des convulsions s'atténuaient, la malade inspirait profondément, les muscles se relâchaient et présentaient seulement de temps à autre une petite secousse ou un tressaillement et il survenait un sommeil profond, stertoreux, comateux, avec respiration ample et ronflement se prolongeant durant une heure au minimum. Au réveil, asthénie et amnésie.

Au cours de l'accès, notre malade était en proie à tous les syndrômes de l'épilepsie : désordre psychique, altération du caractère ; apparence hétérogène des fonctions intellectuelles ; défaut d'équilibre dynamogénique permanent. Par intervalles, une détente survenait et la malade recouvrait la faculté du jugement en même temps qu'elle pouvait coordiner ses idées. Sa conduite était un mélange extraordinaire d'absurdité, de trivialité, de correction et d'ingéniosité. Ses instincts et ses désirs étaient incohérents. L'émotivité affectait un caractère hémilatéral.

Le cynisme, la perversité, la dégénérescence morale allaient s'accroissant ; la malade voulait surmonter tous les obstacles par la violence et la résistance nerveuse. Son penchant à la dévotion se prononçait de jour en jour. Elle vécut trois ans dans cet état à l'asile ; aussi l'affaiblissement des facultés mentales avait-il pro-

gressé notablement. Pendant les derniers mois, on remarqua du côté de l'oreille l'apparition d'un signe objectif important, facile à constater en examinant directement le conduit auditif externe, dont les parois étaient parsemées de fines mucosités d'un blanc jaunâtre ; en outre, ces parois étaient le siège de petites croûtes dues certainement à la condensation de cette substance et de petites écailles ressemblant comme forme, mais non comme coloration, à des fragments cérumineux, parce qu'elles étaient d'une blancheur resplendissante. Auparavant on n'avait pas vérifié ce fait à l'examen direct du conduit, et d'autre part jamais on n'avait eu recours à l'otoscopie.

Quelques symptômes terminaux, tels que pression endo-crânienne, surtout du lobe temporal de l'hémisphère gauche, céphalalgie, vertiges légers, somnolence, perte de l'audition avec conservation de la phonation, disparition des images mnémoniques verbales, avaient fait soupçonner l'existence d'un néoplasme endocrânien sans que cependant, étant donné l'état mental de la malade, on ait songé à faire intervenir un chirurgien.

La mort survint le 23 novembre 1900, pendant la phase la plus violente d'un terrible accès d'épilepsie. Autopsie pratiquée 22 heures après le décès.

Femme d'environ 40 ans. Masses musculaires assez bien conservées. Diaphragme restreint. Structure normale du squelette. Rigidité cadavérique persistante des articulations. Hypostase incipiente.

Crâne à type plagio-céphalique. Calotte se détachant aisément de la dure-mère. Veines diploïques, d'un calibre supérieur à la normale sur certains points, où l'os est aminci en dehors des limites physiologiques (parties occipitales latérales, écaille du temporal gauche). En sectionnant le sinus longitudinal supérieur, on trouve une coagulation préagonique. La dure-mère présente une apparence et une épaisseur normales. En l'abaissant, on découvre les lepto-méninges de la voûte encéphalique presque congestionnées, mais ayant conservé leur transparence. La moitié gauche de la voûte est un peu soulevée au-dessus du niveau de la moitié droite. Les circonvolutions de l'hémisphère gauche correspondant avec la région pariétale sont moins accentuées, les scissures plus superficielles que du côté droit. On essaye de soulever le cerveau, mais on éprouve une certaine résistance de la part du lobe temporo-sphénoïdal gauche. On supprime avec précaution cette adhérence dû au relâchement des fibres reliant les lepto-méninges à la dure-mère. Cette adhérence limitait une solution de continuité de

la dure-mère, mesurant environ 2 centimètres de long et dont la largeur oscillait entre 1 et 4 millimètres qui est figurée sur la planche annexée à ce travail.

A l'aide d'une sonde, on pénètre dans la caisse, puis on excise



Cette figure reproduit la base du crâne de la malade dont j'ai parlé dans mon travail ; la solution de continuité correspondant au tegmen tympani est très en évidence.

les fragments de la dure-mère adhérents aux bords de la perforation qui correspond au tegmen. En examinant la base du cerveau, on remarque que les lepto-méninges sont injectées, mais absolument vierges d'exsudats ; on est surtout frappé par la défor-



mation de la portion interne et inférieure du lobe temporo-sphénoïdal gauche. Les méninges de la partie relevée sont tendues, on les enlève soigneusement avec une pince et la surface cérébrale apparaît avec des scissures à peine visibles ou cachées et des circonvolutions aplaties, correspondant avec celles qui sont sises à l'intérieur du sillon temporal inférieur, notamment avec le Gyrus Hippocampi et le lobule fusiforme. On pratique une incision le long de l'axe principal de la tuméfaction (dans le sens transversal de l'encéphale) et on dénude une masse blanchâtre revêtue d'une mince membrane de nature essentiellement conjonctivale, ayant des rapports éloignés avec la masse inférieure. La couche de substance cérébrale recouvrant cette enveloppe (dont on ne pouvait la détacher) ne dépasse jamais un centimètre d'épaisseur et ne pénètre pas la région interne. On dégage entièrement la surface, qui se montre alors formée d'écailles distinctes, disposées de manière à constituer des blocs ronds blanchâtres, avec des reflets de madrépores. Excision totale de la masse friable de la tumeur pour délimiter son point d'implantation. On remarque que la cavité affecte un ovale irrégulier dont le diamètre principal est dirigé vers la portion encéphalique transversale et qui s'enfonce à environ trois centimètres au centre de l'hémisphère, pour devenir plus superficiel au voisinage de la périphérie où il ne pénètre plus qu'à un centimètre. Après un lavage avec une petite quantité d'eau, on distingue la surface irrégulière de la paroi recouverte d'écailles friables. Si l'on trace deux lignes parallèles au diamètre encéphalique transversal, passant l'une par l'orifice apparent du tractus opticus (extrémité postérieure de l'Uncus) et l'autre par le sillon bulbo protubérantiel (juste en avant de l'origine apparente de l'abducens), on connaît les *limites antéro-postérieures de la néoplasie*. La borne externe est figurée assez exactement par le sillon temporal inférieur ou première scissure temporo-occipitale. La limite interne est représentée par une mince couche de substance encéphalique (ne dépassant pas un centimètre d'épaisseur) qui sépare la cavité contenant la néoplasie du pédoncule cérébral et de la protubérance. Telle est la raison pour laquelle on voit en entier les origines des nerfs crâniens. A deux centimètres en dehors de la limite externe, au point correspondant aux circonvolutions masquant le tegmen tympani, on remarque une solution de continuité de l'écorce cérébrale de forme fissuraire, mesurant 4 millimètres de long ; les bords étaient déchiquetés et on ne put détacher la pie-mère sans arracher quelques fragments de substance cérébrale. Par une incision effectuée dans ce but, on constata que cette

fissure servait de point de départ à une voie creusée dans la substance médullaire macroscopiquement intacte et établissant une communication entre la caisse du tympan et la masse cholestéatomateuse ci-dessus décrite. Cette voie était très resserrée et parsemée de nombreuses écailles analogues à celles qui composaient l'amas principal. On sectionne aussi la cavité qui renfermait ce dernier, et on constate que sa concavité touche à la portion postérieure du talamus opticus dont il est simplement séparé par un trajet de substance nerveuse intacte. La lumière du ventricule latéral correspondant est très réduite.

*Examen de la caisse.* — Il est impossible d'examiner cette cavité à travers la perforation du tegmen tympanique qui est trop restreinte et oblitérée par des masses cholestéatomateuses ; il ne peut être question d'élargir cette perforation, de crainte de léser le tegmen tympani, et afin de pouvoir examiner ensuite par transparence la portion inférieure. On supprime, au moyen d'une scie très fine, le conduit auditif osseux jusqu'au voisinage de la membrane tympanique qui apparaît alors passablement conservée dans son segment postéro-inférieur ; au contraire, la membrane de Shrapnell et le ligament tympano-malléolaire sont détruits de même qu'une grande partie de la membrane sous-jacente.

Cette vaste perforation est occupée par une masse blanchâtre faisant saillie dans l'orifice du conduit. La courte apophyse du marteau et du tiers supérieur du manche semblent isolés de la membrane et couverts de granulations rouges et d'un rouge jaunâtre ; le reste du manche adhère à la membrane jusqu'au nombril. Les bords de la perforation sont ordinairement infléchis et ne sont nulle part contigus à la muqueuse de la caisse. La portion membraneuse intacte est seulement un peu rouge et plus épaisse qu'à l'ordinaire.

A la suite de ces constatations, on ôte délicatement tous les résidus de la membrane tympanique et on fait sauter le manche du marteau au-dessous de l'apophyse brève en respectant la portion restante supérieure pour examiner l'articulation incudino-malléolaire ; avec une pince et des irrigations d'eau tiède on fait disparaître la masse principale, constituée par des écailles absolument identiques comme aspect et comme disposition à celles qui forment le cholestéatome endo-crânien. En éclairant la cavité de l'attique avec le miroir frontal, on observe une diminution de sa capacité par suite de l'hypertrophie de la muqueuse qui est teintée d'un rose blanchâtre, et revêtue par places d'une mince couche de la substance composant le cholestéatome, c'est-à-dire

de petites écailles, mais plus rapprochées et adhérentes à la muqueuse.

La motilité de l'articulation incudino-malléaire est légèrement atténuée. La lame de l'étrier est enclavée dans la fenêtre, mais sans être maintenue dans cette situation par du tissu cicatriciel pouvant aisément le rétablir dans sa position normale. Hyperémie et épaississement de la muqueuse revêtent les autres parties de la caisse. On réussit à en détacher quelques fragments sur le promontoire. On extrait aussi la paroi externe de l'attique pour examiner de chaque côté toutes les cavités de l'oreille moyenne; l'aditus et l'antre sont également remplis de masses épidermisées; on ne remarque nulle autre solution ostéo-muqueuse en dehors de celles qui ont déjà été signalées sur le tegmen et qui, vues de la caisse, offrent des bords d'un jaune noirâtre sur les régions privées de muqueuse.

On plonge des fragments de muqueuse de l'attique et du promontoire dans une solution saturée de sublimé pour obtenir la fixation.

*Thorax.* — Œdème des lobes pulmonaires inférieurs. A sa marge supérieure, le cœur présente une plaque tendineuse sur le péricarde viscéral. Le myocarde est partout mince, relâché, de couleur brune (airophia bruna myocardi); les voiles vasculaires sont indemnes.

*Abdomen.* — Dégénérescence grasseuse par trop accentuée du foie. Rate normale. Congestion de la muqueuse du tube gastrique. Glandes lymphatiques de volume normal. Catarrhe chronique de la muqueuse utérine.

*Examen histologique* de la masse épidermée de la muqueuse de l'attique et du promontoire.

1° Amas épidermoïdal excisé de l'oreille moyenne et du cerveau: Pièce fraîche. Oc. 3, obj. 3 et 7 Leitz. Oc. 3 obj. 3 et 7 Leitz.

La matière cérébrale extirpée est constituée par de petites plaques plates où l'on ne distingue ni noyau, ni nucléole protoplasmiques. Toutes les substances composant les cellules se sont évidemment transformées en chératine, à en juger par la façon dont ces plaques se comportent sous l'influence de solutions de potasse. Parmi ces petites plaques, on rencontre quelques tablettes de cholestérine. La matière issue de l'oreille moyenne fournit le même résultat, sauf qu'on y rencontre en outre des globules blancs et des cellules purulentes.

Avec le violet de gentiane, on reconnaît aussi la présence dans

cette dernière préparation de coques amoncelés mais formant rarement des chainettes.

2° La muqueuse du promontoire est hypertrophiée, de sorte qu'il faut renoncer à l'examiner sur des préparations superficielles. Fixation au sublimé. On déshydrate par la série des alcools après avoir supprimé avec de l'alcool iodé l'excédent du sel fixateur. Inclusion dans la paraffine. Coupes transversales. Coloration à la thionine (méthode de Nissl), à l'hématoxyline et à l'éosine. La couche épithéliale de la muqueuse est à peine visible par endroits. La trame conjonctivale a beaucoup gagné de densité et est infiltrée d'un grand nombre de petites cellules rondes, comprenant des lymphocytes mononucléaires, mais surtout des leucocytes polynucléaires et des cellules purulentes. Les vaisseaux sanguins ont des parois très nettes remplies de globules rouges. Nulle part on ne rencontre de vestiges de la transformation épidermoïdale de cette muqueuse (Oc. obj. 3 et 7 Leitz).

3° Epaissement prononcé de la muqueuse de l'attique. Les coupes sont pratiquées par le procédé que je viens de décrire. L'épithélium vibratile cylindrique tapissant ordinairement cette muqueuse a totalement disparu et a fait place à une couche énorme d'éléments incolores mais nettement visibles. Ils offrent les caractères des petites plaques de *nature cornée* de la préparation n° 1, sauf qu'ici ils affectent une disposition enchevêtrée.

Mais ce qui frappe le plus, c'est l'absence de connexion sous-muqueuse ; on rencontre au contraire des éléments cellulaires disposés par couches, plats, de forme polygonale, à bords effacés et superposés par places, mais présentant sur d'autres points des échancrures caractéristiques qui rappellent exactement les cellules épineuses des couches moyennes de la muqueuse de Malpighi. Plus profondément, on trouve des cellules cylindriques plus riches en protoplasma, à noyau facilement colorable, éparpillées de manière à constituer une couche mince, mais sans solution de continuité. Au-dessous, il y a du tissu conjonctif fibrillaire contenant des vaisseaux dilatés et de petites cellules rondes (Oc. 3, obj. 3 et 7, Leitz).

*Diagnostic anatomique.* — Cholestéatome de l'oreille moyenne avec propagation au cerveau. Œdème pulmonaire. Atrophie du myocarde.

Toutefois, même en nous contentant de cette explication, plusieurs questions ne sont pas résolues ; comment se fait-il,

par exemple, que les cholestéatomes de l'oreille moyenne soient si rares eu égard à la quantité énorme d'otorrhées provoquant la production et la rétention du pus. Les théories énoncées jusqu'ici ne nous expliquent pas pourquoi tantôt l'épiderme se borne à remplacer l'épithélium cylindrique de la muqueuse tympanique (dans ce cas, il se produit un effet curatif qui met un terme aux suppurations prolongées), tandis qu'en d'autres occasions il provoque la formation de couches épidermoïdales qui se séparent en une infinité de petites écailles et s'amoncellent pour constituer la masse cholestéatomateuse. Pourquoi cette dernière n'envahit-elle pas d'autres cavités aériennes péricrâniennes, telles que l'antre d'Highmore, par exemple, qui présenterait les mêmes conditions favorables au point de vue étiologique ? Pour résoudre ces problèmes, j'ai entrepris depuis quelque temps, au laboratoire anatomo-pathologique de Gènes, des recherches dont je ferai connaître sous peu le résultat dans un autre travail.

Portons maintenant notre attention sur la distinction entre les cholestéatomes primitifs et secondaires, et tâchons de savoir si le cholestéatome que nous avons observé appartient à l'une ou l'autre de ces catégories.

Ici l'anamnèse ne peut nous venir en aide ; nous ignorons si la malade a souffert d'otite moyenne suppurée chronique, et d'autre part, nous avons trouvé, à l'autopsie, la cavité tympanique dans un tel état qu'il était impossible de reconnaître si les lésions qu'on y découvrit étaient primitives ou secondaires au développement du cholestéatome. Au cours de l'observation on a prétendu que la malade était depuis longtemps sujette à des bourdonnements, mais on ne peut dire si ceux-ci étaient imputables à une otite ancienne ou encore en évolution, ou si, au contraire, on avait affaire à des phénomènes consécutifs au cholestéatome.

La substance tenue qu'on trouva dans la cavité tympanique lors de l'examen microscopique renfermait, ainsi que nous le vîmes, de nombreuses cellules purulentes et des coques amoncelés ; mais étant donné que cette substance, assimilable à du pus, existait seulement dans la caisse et particulièrement dans la portion cholestéatomateuse tournée vers la partie externe

où siègeait la vaste perforation de la membrane et qu'on n'en rencontra nulle trace lors d'examens réitérés de la cavité endocrânienne, il est permis de supposer que la formation du pus était récente et qu'au lieu d'avoir précédé le cholestéatome, elle représentait au contraire un processus infectieux consécutif à la pénétration de germes par le conduit auditif externe à la suite de la perforation membraneuse. Celle-ci serait donc secondaire à l'éclosion du cholestéatome, qui probablement, après avoir engendré les symptômes d'ostéite raréfiante et la destruction du tegmen tympani, poursuit son œuvre d'usure sur la paroi externe et précisément sur la région étroitement limitée qui constitue l'extrémité inférieure externe de la cavité de l'attique. En admettant le caractère primitif du cholestéatome (tout en reconnaissant sa rareté), nous nous expliquons infiniment mieux que par la présence des adhérences, attachées aux parois de l'attique et de la caisse du tegmen. La compression, l'accroissement de la tumeur, la destruction de la substance encéphalique mirent plusieurs années pour atteindre le degré constaté à l'amphithéâtre ; ainsi s'expliquent les phénomènes de compensation vérifiés dans les centres nerveux et la formation d'un tissu réactif encapsulant la totalité de la tumeur. Ce dernier fait est exceptionnel dans le cholestéatome qui d'habitude est dépourvu de capsule (2).

A la suite de la démonstration de la nature cholestéatomateuse de la tumeur, une autre question s'impose : s'agit-il, dans notre cas, de cholestéatome *primitif* ou *secondaire* ? Pour résoudre ce problème, il faut d'abord donner la définition de ces deux variétés qui ne sont pas admises par tous les anatomo-pathologistes. En effet, Virchow (3 *bis*) regarde les cholestéatomes de l'oreille moyenne, comme des tumeurs hétérogènes, constituées par des éléments absolument étrangers au tissu d'origine. Mikulicz (4), Boettcher (5) Kuster (6) adoptent l'opinion de Virchow, puisqu'ils attribuent le cholestéatome de l'oreille moyenne à l'existence de germes épidermoïdaux inclus dans l'organe auditif à la période embryonnaire ; de plus, Kuster propose la dénomination de cystome branchiogène de l'os pétreux. En tout cas, cette théorie ne s'appliquait qu'à la minorité des cas, c'est-à-dire à des cholestéatomes im-

plantés sur des muqueuses tympaniques normales ; d'ailleurs, la plupart surviennent à la suite d'otites moyennes suppurées chroniques, et les masses cholestéatomateuses se retrouvent dans les régions de l'oreille moyenne, telles que l'attique et l'antré, où le drainage du pus est entravé par des dispositions anatomiques particulières. Aussi la majeure partie des anatomo-pathologistes a-t-elle envisagé les rapports de cause à effet entre le cholestéatome et l'otite moyenne suppurée chronique. Un des champions ardents de cette théorie, Schmielgelow (7), de Copenhague, dit que cette lésion entretient sur la muqueuse de l'oreille moyenne des altérations identiques à celles qui se produisent dans le nez des ozéneux ; ici, comme dans les otorrhées chroniques, l'épithélium cylindrique s'évanouit pour céder la place à un véritable épiderme dont les couches disparaissent du nez au fur et à mesure de la desquamation. Pour expliquer la transformation épidermoïdale de la muqueuse tympanique, Bezold (8) et Habermann (8 bis) admettent, d'après les résultats de quelques observations, qu'il survient une invasion épidermique par les régions cutanées limitrophes, à travers une perforation tympanique dont les bords adhèrent à la muqueuse. Les auteurs basent leur opinion sur ce que, dans certains cas de cholestéatomes d'origine otorrhéique, la masse épidermoïdale était attenante à la peau du conduit au moyen d'une bande de tissu épidermoïdal, qui évidemment prenait naissance dans l'épiderme. Mais, si l'on voulait être exclusif, il faudrait méconnaître que si la théorie de Virchow-Mikulicz n'explique pas la plupart des cas de cholestéatomes consécutifs à des otites moyennes chroniques, l'autre hypothèse que nous avons énoncée ne jette aucun jour sur la genèse des cholestéatomes éclos sur des muqueuses tympaniques normales. Cependant, aujourd'hui on admet deux variétés de cholestéatomes, la forme primitive attribuée à la théorie des germes embryonnaires inclus et la catégorie secondaire à l'otite moyenne suppurée chronique.

## CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET CLINIQUES

La pénurie de renseignements au sujet de l'existence de lésions auditives antérieures à l'entrée de la malade à l'asile, eut pour résultat que les aliénistes ne s'inquiétèrent aucunement de l'état de l'oreille. Il était en effet impossible de soupçonner que les manifestations épileptiques eussent un rapport quelconque avec une affection de l'oreille moyenne. Pendant les derniers mois de la maladie, on recueillit, ainsi que je l'ai déjà dit, dans le conduit auditif externe de petites écailles blanchâtres, faciles à distinguer des fragments cérumineux baignés dans du mucus jaunâtre. Cette constatation si importante n'avait pu être faite auparavant pour beaucoup de raisons. L'état psychique de la malade s'opposa à ce qu'on fit un examen plus approfondi de l'organe auditif et on n'appliqua ni la canule de Hartmann, ni le stylet recourbé. La première nous aurait éclairé sur la nature du mal, en favorisant l'expulsion d'abondantes masses cholestéatomateuses, et le second, introduit à travers la perforation tympanique, en dirigeant la pointe vers le tegmen, nous aurait décelé probablement le défaut de résistance osseuse sur une grande étendue et la dénudation de la dure-mère.

\* \* \*

A l'examen macro et microscopique de la tumeur, on reconnut un cholestéatome typique, dénomination de Johann Muller universellement adoptée aujourd'hui, mais à laquelle nous préférons, vu l'apparence extérieure et l'absence possible de cholestéarine, l'appellation de « tumeur nacrée » proposée par Cruveilhier.

Le diagnostic de cholestéatome étant très net, nous ne nous attarderons pas à le discuter ; il faudrait plutôt rechercher son point de départ. Nous savons que ces productions pathologi-



ques peuvent surgir sur divers points de l'organisme, mais en nous limitant aux régions afférentes à notre cas, il se pourrait que la tumeur fût originaire des méninges, de la substance cérébrale ou de la caisse. Les cholestéatomes endocrâniens les plus répandus sont issus des méninges et précisément de la base du crâne, au voisinage de la scissure transversale postérieure et antérieure ; à l'examen du cerveau cette origine semble admissible. Toutefois, dans notre cas, certaines particularités permettent d'affirmer que le cholestéatome a débuté dans la caisse. En effet, les parois de cette dernière, surtout du côté de l'attique, étaient tapissées de plaques de *nature cornée* encore adhérentes ; de plus, la muqueuse de l'attique à l'endroit que nous avons examiné présentait une telle cornéification qu'il était impossible de reconnaître sa structure primitive ; le tegmen tympani offrait la solution de continuité signalée plus haut et que l'on peut voir sur la figure dessinée d'après nature qui accompagne ce travail.

Perforation des méninges sur un point correspondant à la lésion osseuse ; cependant le cholestéatome est certainement issu des parois de l'attique et de là une voie se dirige vers la cavité crânienne et continue à se développer lentement et progressivement. Il est inadmissible que le cholestéatome ait une autre origine, en considérant les plaques caractéristiques que la malade n'ait pas succombé à des accidents septiques, méningitiques ou encéphaliques, événement inéluctable s'il s'était agi d'un cholestéatome consécutif à une suppuration de l'oreille moyenne. C'est à dessein que j'ai parlé des adhérences, car si l'on connaît des cas d'abcès cérébraux étendus à un lobe entier qui ont évolué sans bruit, et qu'on reconnut inopinément à l'amphithéâtre chez des individus dont la mort n'était pas due à la lésion cérébrale, ceci ne constitue pas la règle mais une singulière exception ; généralement, les auteurs qui font autorité (1) prétendent que le pus, après avoir pénétré dans le crâne, en dépit de l'existence de capsules opposant une résistance, se diffuse et annihile les efforts du chirurgien. Nous pouvons conclure que notre malade était affectée d'un cholestéatome né dans l'attique et dans l'antre, sans doute primitif, avec propagation au lobe temporo-sphénoïdal.

Nous avons affaire maintenant à une nouvelle question malaisée à résoudre, celle des rapports du cholestéatome avec l'état psychique de notre malade.

Pour commencer, il faudra savoir l'époque à laquelle le cholestéatome s'installa chez la malade, et s'il précéda l'apparition des syndrômes psychiques, si logiquement on le rendra responsable de ces phénomènes ? Nous ne sommes pas encore fixés sur le point important concernant le moment où le cholestéatome débuta et, par conséquent, nous ignorons s'il précéda ou suivit la folie ; toutefois, d'après les altérations anatomo-pathologiques rencontrées sur le temporal et le cerveau de notre malade et le volume énorme de la tumeur perlée, nous croyons pouvoir déduire que cette dernière a employé plusieurs années pour acquérir le développement que nous constatâmes à l'autopsie, et, selon toute vraisemblance, elle existait avant l'épilepsie. De plus, au cours de l'observation, nous avons vu que les troubles auriculaires de la malade progressèrent et allèrent en s'aggravant simultanément à la lésion psychique. D'autre part, beaucoup d'auteurs réputés enseignent qu'il existe des formes de folie se rattachant directement aux lésions auriculaires (nous verrons la part qui, selon nous, revient à la prédisposition individuelle). Ces déductions démontrent que les altérations mentales présentées par notre malade, sont en relation intime avec le cholestéatome et que très probablement elles en dérivent. Il nous manquera toujours la preuve irréfutable de ce fait, puisque la malade succomba sans avoir été opérée ; il ne pouvait même être question d'intervention chirurgicale pour les raisons que nous avons exposées ci-dessus ; au contraire, dans le cas déjà cité de Biehl, la mélancolie disparut le lendemain de l'opération ; mais il ne nous semble pas que l'absence d'intervention suffise à mettre en doute notre opinion. Raisonnablement on peut supposer que notre malade ne serait pas devenue épileptique sans l'existence antécédente des phénomènes auriculaires. La lenteur de l'évolution endo-crânienne de la tumeur et l'agitation déterminée par les crises ont produit le désaccord anatomique et fonctionnel des éléments qui peut être considéré comme absolument secondaire. Bien des controverses ont été soule-

vées pour décider si le mécanisme de l'épilepsie est toujours d'origine corticale, s'il existe un centre épileptogène autonome, ou si l'épilepsie serait une manifestation morbide de l'ensemble du système nerveux. Il est fort probable que l'irritation primitive a été périphérique et précisément du côté sensoriel auditif, à la suite de la stimulation suscitée par l'implantation du cholestéatome. Les crises épileptiques originaires de localisations primitives, se généralisèrent promptement, tandis que le caractère de l'épilepsie s'accusait. Au point de vue clinique la succession de ces phénomènes a été très rapide. Etant donné que le cholestéatome peut engendrer l'épilepsie, il faudrait savoir si, à lui seul, il peut provoquer des accès épileptiques et pourquoi une irritation prolongée produirait seulement par intervalles des troubles moteurs. On ne peut dénier à notre malade une propension à la faiblesse congénitale du système nerveux ; et nous croyons que l'anamnèse est incomplète, pour des raisons certainement indépendantes de notre volonté. Avant l'explosion de la lésion auriculaire, notre malade présentait des prodromes de dégénérescence ; autrement la présence d'une tumeur endo-crânienne aurait entraîné des accès d'épilepsie mais elle n'aurait pas pris le caractère épileptique véritable chez un individu parfaitement normal. Comment expliquer pourquoi des tumeurs même volumineuses, occupant le siège cérébral du cholestéatome que nous décrivons, n'ont été qu'exceptionnellement la cause déterminante des psychopathies ?

Muratori a pourtant fait remarquer que la pathogénie de la crise épileptique doit être expliquée, outre l'altération d'un centre cortical, par une dégénérescence des organes connexes. Aucune de ces lésions isolées ne pourrait engendrer l'épilepsie ; en effet, Muratori aurait démontré que la section des fibres courbes ne suffit pas à éveiller l'épilepsie et, d'autre part, des destructions profondes, attaquant toute la sphère motrice, aboutissent à la paralysie mais elles ne sont pas accompagnées d'accès épileptiformes. Tandis que pour élucider la genèse de la crise motrice, il suffirait d'un point de départ périphérique qui, en excitant la zone psycho-motrice corticale, expliquerait les accès ; bientôt, tout le système nerveux est affecté et en

particulier le bulbe, plus que les autres parties, entre en scène par une série de réactions nerveuses et vaso-motrices pouvant se développer indépendamment des convulsions, cependant la cause primordiale serait toujours l'excitation périphérique ; ainsi s'expliquerait l'origine cholestéatomateuse de l'épilepsie. La cellule cérébrale, pour recevoir normalement des incitations qui d'ordinaire n'entraînent pas l'épilepsie et pour réagir convulsivement, doit se trouver dans des conditions d'instabilité qui se rencontrent dans tout le système nerveux des épileptiques. Pour notre malade, on aura raison de supposer que les troubles convulsifs étaient l'expression dynamique d'une insuffisance d'inhibition prenant naissance dans les branches terminales des processus collatéraux des *neurones* corticaux, qui, soit en atténuant la connexion par d'autres *neurones* ou en accroissant la résistance du courant nerveux, provoquaient une hypertension transitoire dans l'axe du cylindre moteur. Il y a peu de chances qu'on ait eu affaire à des manifestations hypergénétiques d'énergie nerveuse.

L'explosion des crises épileptiques a sa raison d'être en ce que l'accumulation dynamogénique, déterminant les spasmes cloniques typiques, cessait en l'espace de quelques minutes ; tandis qu'au bout de très peu de temps la capacité d'action se renouvelait ; cet écart correspondait précisément à l'intervalle écoulé entre les accès ; on comprend ainsi l'influence de l'état psychique de la malade et des phénomènes gastro-intestinaux sur la durée des intervalles et la véhémence de la crise.

Un dernier fait du plus haut intérêt, dans notre cas est celui qui se rapporte à la manie qui nécessita l'internement de la malade à l'asile d'aliénés. Les accès d'épilepsie se répétaient tous les trois ou quatre jours ; brusquement l'épilepsie rétrocéda et fit place à la folie furieuse qui sévit pendant plusieurs mois ; lorsque la surexcitation se calma, on assista au retour des accès d'épilepsie caractéristiques. S'agissait-il d'une épilepsie psychique ou d'un accès de folie n'ayant rien de commun avec l'épilepsie ? Si on était seulement en présence d'une simple coïncidence et non de deux lésions évoluant simultanément, on ne s'expliquerait pas pourquoi les phénomènes épileptiques auraient subi un temps d'arrêt au cours des manifestations men-

tales qui traînèrent en longueur pendant plusieurs mois.

Kraepelin (10), dans son traité classique, admet que les épilepsies psychiques peuvent se prolonger durant quelques mois, mais il est d'avis que la malade se trouve dans un état voisin du sommeil. En proie au délire, elle présente des troubles psycho sensoriels surtout à tendance religieuse; elle reconnaît à peine les personnes qui l'entourent, mais toutefois elle peut conserver les apparences du bon sens, tout en accomplissant des actes insensés et même criminels, dont elle est incapable de saisir la portée. Si ce tableau n'est pas celui de la manie classique, il s'en rapproche beaucoup, de sorte qu'on est en droit de conclure que l'accès de folie furieuse n'était que l'équivalent psychique de l'épilepsie. Ce fait met toujours davantage en évidence la loi universelle de la transformation des forces et de l'équivalence dans l'évolution de l'énergie unitaire, entre le mouvement et la pensée.

\* \* \*

Notre cas nous suggère une dernière considération au sujet de l'importance de l'examen systématique de l'organe de l'ouïe au cours des maladies mentales, mais d'un examen non seulement fonctionnel et superficiel tel qu'on le pratique partout; mais effectué plus soigneusement par un spécialiste faisant usage du spéculum auris et au besoin de la sonde, du stylet recourbé, de la canule de Hartmann et de tous les moyens requis en pareille occurrence; ainsi le médecin traitant sera à même de diriger en temps opportun sur une clinique chirurgicale un malade destiné à l'asile d'aliénés.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BIEHL. — VII<sup>e</sup> réunion de la Société allemande d'otologie. Compte rendu des *Archives of otology*, octobre 1898.
2. LUC (H.). — Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et leurs complications endo-crâniennes. Paris, 1900.

3. MÜLLER (JOH.). — Ueber den feineren Bau der Geschwülste, 1838.
  - 3 bis. VIRCHOW (R.). — *Ses Archives*, Bd, 49.  
— Die Krankhaften Geschwülste, Berlin, 1863.
  4. MIKULICZ. — Cité par H. LUC.
  5. BOETTCHER. — *Arch. f. pathol. anat.* Bd. 49.
  6. KÜSTER. — *Berliner klin. Wochens.* Nos 10 et 11, 1889.
  7. SCHWIEGELOW. — Cité par H. LUC.
  8. BRZOLD. — *Zeits. f. Ohrenh.* XX et XXI.
  - 8 bis. HADERMANN. — *Arch. f. Ohrenhalk*, XXVII.  
— *Zeits. f. Heilk.*, XI.
  9. LUC (H.). — Page 200 de l'ouvrage cité plus haut.
  10. KRAEPLIN. — *Traité des épilepsies psychiques*, 1894.
-

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

*Séance du 3 novembre 1899.*

Présidence de HAVILLAND HALL.

1. FURNISS-POTTER montre une coupe de **lymphangiôme** enlevé de la corde vocale droite d'un homme de 40 ans (Renvoyé au comité des tumeurs.)

2. WILLIAM HILL. — **Epaississement du nez.** — 1<sup>o</sup> Enfant de 8 ans avec **stigmates** de syphilis héréditaire, atteint l'année précédente de **nécrose** du prémaxillaire avec ulcération de la cloison. Ablation d'un grand **séquestre**. Il y a quelques mois apparut une périostite des portions **nasales** du maxillaire et du frontal. La déformation et l'épaississement du nez ont augmenté. Cependant il ne semble pas y avoir de **processus** destructif et seulement de la rhinite avec croûtes. L'enfant a pris de la poudre grise. Mais son état empirant, l'orateur demande si quelqu'un des assistants pourrait indiquer un traitement local ou général capable d'arrêter le processus morbide.

2<sup>o</sup> Jeune fille de 11 ans, antérieurement atteinte de rhinite atrophique depuis plus d'un an. Cette affection dut retarder la croissance de la cloison et le nez était fortement déprimé quand, depuis deux ou trois mois, s'est produit un rapide changement consistant en un épaississement latéral du nez qui fait que les portions nasales du maxillaire supérieur semblent largement séparées et forment des bourrelets épais auprès des os du nez affaissés.

3. SAINT-CLAIR THOMSON. — **Epaississement du nez chez une femme de 24 ans.** — La malade consulte pour une céphalalgie occipitale avec obstruction du nez. Celui-ci a grossi. La partie supérieure des deux côtés a augmenté de volume. L'arête, bien dessinée, paraît mince, la circulation capillaire y est développée, les ailes semblent épaissies. Elle a de la cacosmie, mais ne sent pas du côté droit. Narines perméables, pas de pus, le cornet moyen

épaissi est rapproché de la cloison. On ne peut voir l'espace rétro-nasal.

2° **Épaississement du nez chez un homme de 50 ans.** — Le nez est épaissi, rouge et sensible, surtout dans la région du labyrinthe ethmoïdal. Écoulement fétide depuis un an. On voit du pus sur la partie postérieure du cavum, le sommet de la choane droite, et un peu dans le méat moyen.

4. **ATWOOD THORNE.** — **Cas à diagnostiquer.** — Jeune garçon de 12 ans, pris, il y a six mois, de malaise qui a été en s'aggravant en même temps que la respiration nasale était de plus en plus gênée. Il y a trois mois, coup suivi d'épistaxis abondante qui dura une heure.

Il entre à l'hôpital Sainte-Marie le 3 novembre. Le nez est volumineux, avec dépression de la partie supérieure. Respiration nasale presque nulle des deux côtés. Les deux narines sont remplies d'une masse dure teintée de sang. La cloison est épaissie, il y a une perforation du cartilage.

Pas de signe de tuberculose, ni de syphilis héréditaire. Il est le dernier né et trois ans et demi après la mère a fait une fausse couche.

**WILLIAM HILL** pense que les deux malades de Saint-Clair Thomson sont atteints de périchondrite et on peut, de toutes façons, écarter comme cause première l'ethmoïdite, tandis que l'ethmoïde peut être envahi secondairement. Certains cas considérés d'abord comme non syphilitiques ont été ensuite reconnus comme spécifiques ; d'autres étaient d'origine érysipélateuse.

Chez la femme c'est la périchondrite qui a causé l'épaississement de la cloison et qui explique l'état des autres parties du nez. L'étiologie reste obscure.

**SCANES SPICER.** — La charpente ostéocartilagineuse du nez du jeune garçon est presque normale, l'hyperplasie est limitée aux tissus mous. Mais elle est difficile à expliquer. Quelquefois cela résulte d'une œdème inflammatoire non complètement résorbé, d'autres fois de troubles circulatoires, d'irritation réflexe ou d'accumulation de lymphes, bien qu'on ne puisse établir le fait de l'obstruction des lymphatiques.

**HAVILLAND HALL.** — Le premier cas rappelle celui d'une malade qui vint le consulter il y a quelques années, bien qu'il y eut chez elle plus de gonflement, de rougeur et de sensibilité. On ne voyait aucun changement dans le nez. Cependant il apprit que quelques



jours après il s'était produit un abcès qui avait détruit la charpente osseuse du nez.

FELIX SEMON, qui a vu beaucoup de ces cas, a pu reconnaître leur origine le plus souvent traumatique. Souvent le choc est ancien, la marche de la périostite est lente et insidieuse. Le meilleur traitement est l'eau glacée à l'extérieur et l'iodure de potassium à l'intérieur.

DUNDAS GRANT pense que dans le cas du jeune garçon l'épaississement est dû à une congestion vasculaire provenant du cornet moyen et qu'on le diminuerait beaucoup en enlevant ce dernier. Mais bien souvent des épaissements semblables sont produits par des affections de la peau du vestibule, de petits abcès folliculaires. Le cas du Dr HILL est très grave. Il semble avoir été inoculé par quelque forme d'affection suppurative qui a déterminé l'atrophie et la cirrhose des parties molles et conséquemment l'affection des os qui ne semblent pas rattachés aux apophyses nasales du maxillaire supérieur comme ils devraient l'être à cet âge. Il ne semble pas nécessaire d'incriminer ici la syphilis.

FITZGERALD POWELL demande si des cultures des sécrétions ont été faites. Dans ces cas on doit toujours penser à quelque vice du sang, tuberculose, syphilis ou infection septique. Le traumatisme joue le rôle de cause occasionnelle. Dans ces affections la syphilis et la tuberculose servent probablement plus souvent de substratum que l'infection septique.

SAINT-CLAIR THOMSON répond qu'on n'a fait de culture chez aucun des malades. Le traumatisme, malgré sa fréquence, ne suffit pas à expliquer tous les cas ; certains ont apparu chez des femmes âgées qui ne semblaient pas avoir eu de traumatismes.

5. HECTOR MACKENZIE. — **Tumeur de la commissure antérieure du larynx chez un homme dont la voix est altérée depuis 35 ans.** — La voix naturelle jusqu'à 10 ou 12 ans est devenue ensuite faible et enrouée avec des alternances en plus ou en moins. Le malade tousse depuis son enfance, depuis six ou sept ans dyspnée d'effort. Léger emphysème avec catarrhe bronchique.

Dans le larynx on voit une tumeur lisse, plate, rougeâtre, insérée sur l'épiglotte tout contre la commissure antérieure et s'étendant jusqu'au quart antérieur de la corde vocale droite.

Depuis trois mois elle n'a changé ni de volume ni de consistance et semble être un fibrome.

Ce malade est présenté en vue du traitement à instituer.

HAVILLAND HALL. — A la place du malade je préférerais garder ma tumeur jusqu'à ma mort.

DUNDAS GRANT. — L'ablation vaut-elle la peine ? Je pense qu'on peut l'essayer. Elle siège au lieu d'élection des opérations avec l'anse. Dans un cas semblable la thyrotomie a rendu la voix au malade et il est d'avis avec Hall qu'il convient de laisser les choses suivre leur cours.

(Plus tard, Hall, ayant de nouveau examiné le malade, s'est montré, comme les autres membres, favorable à l'intervention.)

6. WYATT WINGRAVE. — **Epithélioma du repli ary-épiglottique gauche chez un homme de 65 ans.** — Le seul symptôme est une dysphagie qui dure depuis sept mois. Depuis deux mois, amaigrissement et extension de la tumeur dont un fragment examiné prouve la nature épithéliomateuse.

BUTLIN pense que c'est un cas favorable à l'opération, malgré ses rares succès. Il serait préférable d'ouvrir le cartilage thyroïde et d'écarter ensuite les deux valves du larynx pour aborder la tumeur.

SCANES SPICKER. — L'ablation de cette tumeur avec l'anse semble facile puisqu'elle n'a pas de connexions avec les cordes vocales. Sa suppression fera probablement disparaître l'enrouement.

WAGGETT est partisan de l'ablation, ou tout au moins de faire quelque chose.

HERBERT TILLEY pense que la pince forceps pourrait servir dans ce cas comme dans un pareil qu'il a observé récemment à l'hôpital de Golden Square. Le fait que le malade est enrôlé depuis trente ans est un argument très décisif en faveur de l'intervention.

HECTOR MACKENZIE est très heureux d'avoir eu l'opinion des membres de la société. Le beau-frère du malade a confirmé les dires de celui-ci relativement à la perte subite de la voix, dans un champ de Oldham. Mais il est difficile de dire si la tumeur est la cause de l'aphonie. Le malade demande à être opéré parce qu'il pense être par ce moyen guéri de sa dyspnée. Mais il semble préférable, puisqu'il a vécu quarante ans avec la tumeur sans en être incommodé, de la laisser suivre son cours.

7. WYATT WINGRAVE. — **Epithéliome de l'espace ary-épiglottique gauche chez un homme de 60 ans.** — Dysphagie depuis sept mois, amaigrissement et extension de la tumeur depuis deux mois.

BUTLIN. — On ne peut savoir si la tumeur grossira en avant ou en arrière, mais il semble qu'on puisse l'enlever malgré les rares succès de ces interventions. La thyrotomie semble la meilleure voie d'après les opérations qu'il a pratiquées pour les tumeurs siégeant dans cette région.

8. RICHARD LAKE montre un homme avec une **atrophie rare de l'aile du nez**.

SCANES SPICER. — La sténose est tellement grande, que des tubes à demeure donneraient du soulagement pour l'ouverture des narines.

LAKE. — Le malade porte le dilatateur de Schmidt et s'en trouve bien.

SCANES SPICER ne connaît rien de meilleur pour cet usage que les tubes à drainage ordinaires qui ne produisent pas d'irritation.

WAGGETT. — M. Stewart m'a chargé de rappeler qu'il a présenté à la société un cas analogue où l'appareil qu'il a employé n'a pas donné de bons résultats.

SAINT-CLAIR THOMSON. — Cet homme est un névropathe, ce qui arrive souvent chez les gens qui, comme lui, ont une affection du cœur ; bien que l'espace soit suffisant et qu'on puisse très bien voir dans le nez la respiration est mauvaise.

9. DUNDAS GRANT montre une **tumeur probablement kystique de la corde vocale**. — Homme de 26 ans, conducteur d'omnibus, envoyé par le Dr Mackintosh qui avait fait de la corde vocale un joli portrait. Celle-ci est fendue au milieu comme par une graine de citron. La muqueuse adjacente est normale ; quelques ramifications vasculaires y sont visibles ; la mobilité est bonne. Pas de douleur, un peu d'enrouement pendant quatre mois l'été, depuis quatre ans. La tumeur paraît siéger dans la substance même de la corde vocale. L'orateur se propose de l'inciser ou de la ponctionner et de cautériser ensuite.

DUNDAS GRANT. — La tumeur a augmenté depuis que je l'avais vue avec Herbert Tilley qui se proposait de l'enlever avec ma pince.

HERBERT TILLEY. — La tumeur était mobile, l'ablation à la pince paraissait plus facile que la ponction et la cautérisation.

SAINT-CLAIR THOMSON. — Est-ce un simple kyste ? Dans un cas semblable enlevé par lui, l'examen a montré qu'il s'agissait d'un fibrome kystique.

SCANES SPICER pense aussi que c'est un fibrome.

WAGGETT a opéré une tumeur pareille, c'était un kyste à épithélium cylindrique.

DUNDAS GRANT présentera de nouveau cette tumeur. Il voulait seulement montrer son siège dans la corde vocale, les fibromes étant ordinairement superficiels.

10. DUNDAS GRANT montre un **fibro-papillome de la corde vocale**. — Celui-ci avait déterminé un enrouement qui cessa quand la tumeur eut été enlevée.

11. WAGGETT. — **Sarcome de l'espace rétro-nasal**. — Femme de 80 ans. Depuis six mois obstruction du nez et ganglions dans le cou puis douleurs et otorrhée. L'examen montre, sur la paroi postérieure gauche du pharynx, une tumeur solide blanc-crème, en partie ulcérée, s'étendant jusqu'au voile du palais, grosse tumeur secondaire sur le quart supérieur du sterno-mastoidien gauche. Fosses nasales libres.

BOND. — Le cas est grave, et une tentative opératoire rapide serait à faire si l'examen du palais la démontre possible et si la masse entière peut être enlevée et sa base cautérisée. La laryngotomie préalable serait recommandable et si l'opération réussissait on pourrait, quelques jours après, s'attaquer à la tumeur secondaire.

SCANES SPICER a eu un cas analogue il y a deux ans, l'opération a bien réussi. C'était chez un homme de 65 ans, ayant une obstruction complète des fosses nasales et une exostose de la cloison, les cornets moyens et inférieurs étaient hypertrophiés. Les tumeurs **myxœdémateuses** et **fibromateuses** sans apparence maligne furent soigneusement enlevées. Le nez resta libre jusqu'à la fin de 1898, mais avec un écoulement abondant, puis parut s'encombrer de nouveau en février 1899 et il survint un ganglion à la joue gauche. M. Butlin consulté, déclara qu'il s'agissait d'un sarcome, proposa l'extirpation de la tumeur interne puis de l'externe, ce qui fut accepté. La première seule de ces interventions fut faite, le malade étant resté trop faible à la suite. Les ganglions du cou enflèrent. L'arsenic ne fut pas toléré. Le malade partit pour passer quelques semaines sur la Riviera, puis en Suisse. Dans l'Engadine il consulta le Dr Bernhard de Samaden, qui proposa d'enlever les ganglions du cou ; le Dr Bernhard trouva les ganglions atteints de

lymphadénite avec foyers de suppuration. Le patient quitta l'Engadine trois semaines après et sauf une petite fistule sus-claviculaire, il va actuellement bien. Ce fait démontre : qu'on ne peut se faire une idée de la nature de ces tumeurs que par l'examen histologique, que les sarcomes doivent être enlevés aussitôt et aussi complètement que possible et que l'envahissement secondaire des ganglions n'est pas fatalement de nature maligne.

HAVILLAND HALL se rappelle un cas qui fut pris pour des végétations adénoïdes et où il y avait un sarcome.

ATWOOD THORNE a vu à l'hôpital un cas semblable.

WAGGETT. — Ces cas semblent plus communs que la littérature spéciale ne donnerait à le supposer. Il en a vu quatre dans l'année où l'erreur de diagnostic avait été faite.

12. SCANES SPICER montre une périchondrite du larynx chez un tuberculeux de 36 ans remarquable par l'induration considérable de la partie droite des cartilages thyroïde ou cricoïde, le déplacement du larynx à gauche et l'infiltration œdémateuse du larynx à droite, visible au laryngoscope.

13. WAGGETT et STEWART. — Tumeur maligne extra-laryngienne ? — Femme de 56 ans, atteinte depuis dix-huit mois de toux et de douleur dans la gorge et l'oreille. En juillet, l'examen au miroir ne révèle rien, en septembre, parésie de la corde vocale, en octobre, œdème aryténoïdien. On voit alors sur le pharynx postérieur et près de l'aryténoïde une plaque blanche ressemblant à une langue fourrée. Le toucher montre une induration de l'espace linguo-épiglottique. Pas d'examen histologique.

HAVILLAND HALL. — Il s'agit ou de syphilis de tuberculose ou de cancer. Félix Semon penche pour la syphilis, lui pour le cancer.

DUNDAS GRANT penche pour l'épithéliome du larynx et du pharynx.

WAGGETT. — On a essayé l'iodure de potassium.

HILL. — L'examen histologique permettrait de savoir si ce cas doit être opéré.

LAMBERT LACK. — La tumeur n'a été touchée en aucune façon, le diagnostic semblant presque certain et l'opération impossible.

L. R. REGNIER.

## SOCIÉTÉ J. R. DES MÉDECINS DE VIENNE

*Séance du 17 novembre 1899* <sup>(1)</sup>

A. POLITZER. — Deux cas de dégagement et d'évidement du sinus transverse thrombosé pratiqués avec succès. — Le premier cas concerne un garçon de 15 ans qui, depuis l'âge de 6 ans, souffre à la suite de la rougeole d'une otorrhée bilatérale. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il a eu des vertiges, des vomissements et un malaise général.

A l'examen, on trouve les deux tympans détruits. Du pus sort de la mastoïde droite ; l'apophyse n'est pas changée extérieurement.

Opération radicale le jour même (27 septembre).

Après séparation de la peau et du périoste de l'apophyse mastoïde sur une longueur de 6 centimètres derrière le point d'insertion du pavillon, on dégage la mastoïde, on détache la paroi postérieure du conduit membrano-cartilagineux de la portion osseuse, puis on retire avec le marteau et le ciseau successivement la partie antérieure de la mastoïde, la paroi postérieure et supérieure du conduit auditif osseux de la paroi tympanique externe. Ensuite on enlève soigneusement avec la curette le reste du tympan, le marteau et l'enclume cariés et les granulations de l'oreille moyenne, et après formation d'un lambeau en forme de langue atteignant la conque et partant de la paroi postérieure membraneuse du conduit, on replace le pavillon (plastique de Körner), on suture les bords de la plaie, et on applique le lambeau du conduit à la face postérieure de la plaie au moyen d'un tampon.

Durant cinq jours le malade sembla en pleine convalescence, mais le sixième jour, son état s'aggrava subitement. A travers le conduit auditif externe, on distingua dans la portion postéro-supérieure de la plaie, à la place du sinus transverse, quelques gouttes de pus.

Immédiatement on retira les sutures sous-anesthésiées et après avoir rabattu le pavillon et le lambeau du conduit, on enleva avec des ciseaux la couche osseuse laissant suinter du pus sur une étendue de 4 centimètres. On trouva du tissu thrombosé en grande quantité. Pansement iodoformé. Les accidents cédèrent

(1) D'après la *Wiener Klin. Woch.*, 23 novembre 1899.

aussitôt après l'opération. Le malade peut actuellement être considéré comme guéri.

Le second malade, âgé de 22 ans, opéré avec succès d'un *abcès péri-sinusal*, est atteint depuis son enfance d'une otorrhée droite. Depuis huit jours, il a de la fièvre, des frissons, des douleurs de tête et occipitales. A l'examen on trouve le conduit auditif rétréci, rempli de pus, le fond est tapissé de granulations, tuméfaction sous la mastoïde. Température 39,4.

A l'opération, on s'aperçoit que le sinus transverse n'est séparé que par une mince lamelle osseuse de l'orifice du conduit auditif osseux. Curetage des granulations de l'antre. On débarrasse le sinus du pus qui le recouvre. La paroi du sinus a un aspect normal. Une ponction du sinus avec la seringue de Pravaz livre passage à du sang liquide. Pansement iodoformé renouvelé quotidiennement. Après l'intervention surviennent encore deux frissons ; la fièvre pyémique avec douleurs articulaires et abcès métastiques dans la région fessière durent encore huit jours. Guérison après deux mois de traitement.

Politzer est d'avis que le sinus transverse est plus souvent affecté dans les otites moyennes suppurées chroniques que dans les formes aiguës.

Le dégagement opératoire du sinus transverse, préconisé en 1880 par Zaufal, est une des meilleures interventions auxquelles on puisse recourir dans les complications des otites moyennes suppurées. Peu de phlébites otitiques des sinus guérissent spontanément. La plupart des malades succombent avant qu'on ne fasse l'opération ; aussi ne saurait-on trop vanter les mérites de l'évidement du sinus transverse thrombosé.

Dans un travail publié en 1896, Koerner dit que sur 78 malades opérés d'affections otitiques des sinus, 44 ont guéri et 33 sont morts. Au cours de ces deux dernières années, on a opéré à la clinique de Politzer 29 cas d'affections otitiques des sinus, dont quinze abcès péri-sinusiens avec dix guérisons et cinq décès ; et 14 cas de thrombose des sinus avec sept guérisons et sept morts. Ces résultats démontrent quelle est la valeur de l'intervention.

#### BIBLIOGRAPHIE

**Du pouvoir-auditif sans l'étrier**, par HEER (*Thèse de Bâle*, 1900).

Il faut considérer deux groupes de cas ; dans le premier, l'étrier est enlevé accidentellement au cours d'une suppuration destructive de l'oreille ; dans le second, la suppression de l'osset est inten-

tionnelle. L'auteur a réuni douze observations du premier groupe, publiées par divers auteurs et il y joint une observation inédite de Schwendt.

Une fillette présente de l'otorrhée bilatérale depuis sa première enfance ; à 12 ans, Schwendt pratique l'opération radicale de Stacke des deux côtés, à trois mois de distance ; l'oreille gauche avait été trouvée remplie de granulations et de masses cholestéatomateuses et les grands osselets furent enlevés facilement ; dans l'oreille droite, l'extraction du marteau, faite sans aucun effort, entraîna néanmoins celle de l'étrier, mais on n'observa aucun écoulement de liquide labyrinthique. La guérison complète ne tarda pas à survenir d'un côté comme de l'autre, sans accidents, et les oreilles, inspectées tous les six mois, restent sèches depuis ; on est obligé de les débarrasser de temps à autre du cérumen accumulé. L'ouïe est suffisante pour les relations ordinaires avec l'entourage, elle est meilleure et va s'améliorant un peu du côté droit, c'est-à-dire du côté privé de l'étrier. L'examen répété a montré que la perception auditive est conservée pour tous les diaspas ; pour les sons graves, la conductibilité est exclusivement osseuse, pour la conductibilité aérienne, l'échelle s'étend du milieu de la grande octave jusqu'à la limite supérieure normale à droite, tandis que cette limite n'est pas atteinte du côté pourvu de son étrier. La perception est meilleure du côté privé de l'étrier depuis *do*<sup>2</sup>. La parole est considérablement mieux perçue du côté sans étrier lorsqu'il s'agit des mots du groupe aigu ; pour les mots du groupe grave, la différence est minime.

Ces résultats s'expliquent par le fait que le vestibule n'a pas été ouvert par l'extraction de l'étrier ; la fenêtre ovale s'est trouvée fermée par une membrane mince et vibrante, plus favorable à l'audition que la membrane pourvue de son étrier altéré et séparé de la chaîne. En compulsant toutes les observations d'extraction intentionnelle de l'étrier (l'auteur donne le résumé de ces observations), on voit qu'il existe des cas où l'ouïe a été améliorée après l'opération, jusqu'à devenir parfaite — ceci dans les cas de fixation de l'étrier par suite d'une otite prolongée et où l'ablation a pu être faite sans violence par l'incision circulaire ou par traction légère. Par contre, aucune amélioration ne survient quand il s'agit d'ankylose osseuse ; les 2 cas de Passow et Faraci font exception à cette règle.

L'auteur passe en revue l'opinion de divers opérateurs sur cette intervention et mentionne tous les cas publiés jusqu'ici, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

M. N. W.



**Vingt-trois cas d'empyème de l'antre avec phlegmon consécutif de l'orbite**, par I. WELTERT (*Thèse de Bâle, 1900*).

L'auteur rapporte *in extenso* deux observations inédites de la clinique ophthalmologique de Bâle et 21 cas recueillis dans la littérature de tous les pays depuis 1830. Les observations françaises et anglaises sont citées en français et en anglais.

La thèse n'offre, d'ailleurs, aucune recherche, ni déduction personnelle.

M. N. W.

**Clinique des maladies de la bouche, des maxillaires et du nez**, par L. BRANDT (fascicule 3, Hirschwald, éditeur, Berlin, 1900).

*De la rhinite chronique atrophique.* — L'auteur apporte deux observations d'ozène à point de départ dentaire. Dans le premier cas, il y avait des caries dentaires chroniques et anciennes avec nécrose du rebord alvéolaire et de l'os incisif, destruction partielle du plancher des fosses nasales; l'ozène disparut complètement après l'extraction des séquestres. Dans le second cas, il s'agit d'un homme robuste et jusqu'alors bien portant, qui se fit enlever une incisive qui lui avait causé des douleurs; peu de temps après, il fut atteint d'ozène fort rebelle; sur le conseil d'un médecin, il fit extraire quatre autres dents voisines de la première, on fit, de plus, un grattage alvéolaire, mais sans succès au point de vue de l'ozène. L'auteur, enfin, reconnut l'existence d'une grosseur vers l'alvéole de la dent enlevée la première; par une nouvelle opération, on ouvrit le maxillaire supérieur en ce point, on y trouva deux germes dentaires et de la périostite autour de leur logette; l'os malade enlevé, on établit ainsi une communication entre la bouche et le nez et l'appareil protétique porté ensuite par le patient était un dentier surmonté d'un petit cylindre qui pénétrait dans cette perte de substance; l'ozène disparut immédiatement et le malade, fort amaigri et épuisé, se remit promptement.

*Contre les lavages de la bouche après l'extraction des dents.* — L'auteur insiste longuement sur les inconvénients de l'ancienne méthode ou plutôt de l'habitude invétérée de se rincer la bouche après l'extraction d'une dent. C'est inutile et souvent nuisible au point de vue de l'hémostase; et cela favorise l'infection de la plaie. La seule méthode rationnelle, c'est de faire, aussitôt après l'avulsion dentaire, un tamponnement avec de la ouate antiseptique; l'hémostase et l'antisepsie de la plaie se trouvent ainsi assurées.

M. N. W.

## NOUVELLES

## Société française d'otologie, laryngologie et rhinologie.

Session de 1901, sous la présidence de M. NOUËT.

## ORDRE DU JOUR DES SÉANCES

*Mardi soir, 1<sup>er</sup> mai, à 8 heures.*

## ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

Comptes rendus du secrétaire général et du trésorier.

Nomination de commissions pour la candidature au titre de Membres titulaires :

MM. CHAVASSE, de Paris, présenté par MM. NOUËT et TOUBERT.  
 SIEUR, de Paris, présenté par MM. LUC et TOUBERT.  
 DUBAR, de Paris, présenté par MM. LERMOYEZ et LAURENS.  
 BOUYER (André), de Cauterets, présenté par MM. MOURE et BRINDEL.  
 TOLLON, de Toulouse, présenté par MM. ESCAT et JOAL.  
 LAFARRE, de Bordeaux, présenté par MM. MOURE et BRINDEL.

## MEMBRES CORRESPONDANTS

LABARRE (Eugène), de Bruxelles, présenté par MM. DELSAUX et JOAL.  
 PEGLER, de Londres, par MM. LUC et JOAL.  
 SEGURA ESMERALDA et DIOGENES DE URQUIZA, de Buenos-Ayres, présentés par MM. LUBET-BARON et MARTIN.  
 ANTIN, de Saint-Sébastien, présenté par MM. MOURE et BRINDEL.

FURET (Paris). Rapport sur les sinusites sphénoïdales. — LUBET BARON (Paris). Œdème aigu et abcès du larynx. — MOURE (Bordeaux). Abcès amygdaliens, diagnostic et traitement. — RUault (Paris). Traitement physiologique de l'aphonie hystérique. — CASTEX (Paris). Sinusite maxillaire grave chez un nouveau-né. — LERMOYEZ (Paris). Des fluxions juxta-nasales. — GAREL (Lyon). Un cas d'éversion ventriculaire. — LAURENS (Paris). Pseudo sarcome de l'oreille. — LANNOS (Lyon). Hystérie grave déterminée par la présence d'une aiguille dans l'oreille. — MOURET (Montpellier). De l'apophyse unciforme de l'ethmoïde proéminent dans le méat moyen. — NATIER (Paris). Faux adénoïdisme par insuffisance respiratoire chez des névropathes. Traitement par la gymnastique respiratoire. — BROECKAERT (Gand). Sur la transformation des polypes muqueux des fosses nasales en tumeurs sarcomateuses. — JOUSSET (Lille). Redressement de la cloison par le procédé d'Ash.

*Jeudi matin, 2 mai, à 9 heures.*

MOLINIÉ (Marseille). Rapport sur l'hydrorrhée nasale. — GAUDIER (Lille). De l'hydrorrhée nasale. — AUGIERAS (Laval). Un cas d'hydrorrhée nasale consécutive à une opération d'empyème du sinus maxillaire. — BRINDEL (Bordeaux). Pathogénie de l'hydrorrhée dans le coryza spasmodique. — LUC (Paris). Nouvelle contribution à l'étude de la périostite temporale d'origine auriculaire, sans suppuration intra-osseuse. — GORIS (Bruxelles). Sur l'œsophagotomie après extirpation du larynx. — RAOULT (Nancy). De la laryngite striduleuse prolongée au cours de la grippe. — BAR (Nice). Guérison d'un cas de pyohémie otique avec dermatomyosite sans thrombo-phlébite du sinus. — JACQUES (Nancy). Un cas de mastoïdite de Bezold avec thrombo-phlébite du sinus latéral. —

**ESCAT (Toulouse).** Volumineux chondrome opéré par les voies naturelles. — **LERMOYEX et MAHU.** Nouveau procédé d'autoplastie pour fermer l'orifice rétro auriculaire permanent consécutif aux évidements péto-mastoïdiens guéris. — **LAVRAND (Lille).** Cancer pédiculé du larynx. Laryngofissure. — **MOURET et LAFARELLE.** Recherches sur le naso-pharynx (avec projections). — **PIAGET (Grenoble).** Observation sur les hallucinations de l'ouïe. — **NOQUET (Lille).** Un cas de syphilis tertiaire du voile du palais et du pharynx. — **SARREMONÉ (Paris).** Observation de névralgie faciale consécutive à un catarrhe nasal. — **NATIER et ROUSSELOT.** Laryngite nodulaire et troubles respiratoires chez des névropathes. Traitement physiologique. — **CHARLES (Grenoble).** Menstruation complémentaire par l'oreille gauche.

*Vendredi matin, 3 mai, à 9 heures.*

**VACHER (Orléans).** De l'ablation extemporanée des amygdales enclavées chez les enfants. — **LERMOYEX et MAHU.** Nouvelles recherches sur l'action de l'air chaud sur les muqueuses aériennes supérieures. — **MOURE et LAFARELLE.** Calculs de la glande sous-maxillaire; extirpation. — **MALHERBE (Paris).** Abscess profond du cou consécutif à une otite grippale latente. — **RAOULT.** Occlusion du méat et des parois du conduit auditif à la suite d'un traumatisme. Réfection du conduit. — **LANNOIS.** De l'état de l'oreille moyenne dans les divisions congénitales du fœtus. — **GAUDIER.** Un cas de sinusite ethmoïdale. — **SUAREZ DE MENDOZA (Paris).** Un cas de vertige nasal guéri par l'ablation bilatérale d'un copeau de la cloison. — **MOUJER (Paris).** Arthrite crico-aryténoidienne double d'origine grippale. — **MASSIER (Nice).** Tuberculose laryngée et air marin. — **COLLINET (Paris).** Deux cas de chancre infectant des fosses nasales. — **GROSSARD (Paris).** Arriérisme et surdi-mutité — **CASTEX.** Causes de la surdi-mutité. — **PIAGET.** Résultats obtenus dans la surdi-mutité par les exercices acoustiques. — **JOUSSET.** Examen des voies aériennes supérieures chez les sourds-muets. — **MOURET.** Rapport du sinus frontal avec les cellules ethmoïdales. — **BERTHEMIS (Charleville).** Des tumeurs bénignes des sinus de la face, en particulier du sinus maxillaire. — **NATIER et ZUND-BURQUET.** De la valeur comparative des procédés médicaux ou chirurgicaux et des exercices orthophoniques dans le traitement de certains vices de prononciation. — **TEXIER (Nantes).** Sur deux cas de tumeurs vasculaires de la cloison nasale. — **LENHARDT (Le Havre).** Un cas de mastoïdite suppurée sans otite. — **LEFRANÇOIS (Cherbourg).** Diagnostic précoce du cancer de l'œsophage par les varices de la base de la langue. — **VEILLARD (Paris).** Examen histologique de quelques cas de kératomycose de l'amygdale. — **JONCHERAY (Angers).** Otite externe parasitaire produite par un acarien. — **RICARD (Alger).** Sur un cas d'anomalie sensorielle auditive. — **COLLIN, LAURENS, MOURE, SUAREZ DE MENDOZA et BONNIER.** Présentation d'instruments.

### Hôpitaux de Paris.

*Programme du concours pour la nomination aux places d'assistant des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie.*

I. CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS. — Les candidats doivent, en outre du diplôme de docteur en médecine, justifier qu'au moment de leur entrée en fonctions comme assistant, ils ont passé quatre années dans les hôpitaux de Paris en qualité d'interne en médecine.

II. ÉPREUVES DU CONCOURS. — Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante :

A. *Épreuves d'admissibilité.* — 1<sup>o</sup> Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de pathologie spéciales pour la rédaction de laquelle il est accordé trois heures ;

2<sup>o</sup> Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection spéciale, pour laquelle il est accordé au candidat trente minutes pour

l'examen du malade et la préparation de sa leçon, et quinze minutes pour la dissertation orale devant le jury.

B. *Épreuves définitives.* — 1<sup>re</sup> Une épreuve de médecine opératoire spéciale ;

2<sup>o</sup> Une consultation écrite sur un malade atteint d'une affection spéciale, pour la rédaction de laquelle il est accordé une heure après trente minutes d'examen. Cette consultation sera lue immédiatement.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Épreuves d'admissibilité : pour la composition écrite, 30 points ; pour l'épreuve clinique, 20 points.

Épreuves définitives : pour l'épreuve opératoire, 20 points ; pour la consultation écrite, 30 points.

III. JURY DU CONCOURS. — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants ; un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires.

IV. DISPOSITIONS DIVERSES. — Le concours a lieu au mois de février.

Le nombre des candidats admis à subir les épreuves définitives est double de celui des places mises au concours.

Les formalités prescrites par le règlement général sur le service de santé, en ce qui touche l'inscription des candidats, le tirage au sort du jury, et toutes les opérations ultérieures du concours, sont applicables au concours pour la nomination aux places d'assistant des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie.

Les assistants des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie sont nommés pour une période de deux années, à la suite de laquelle ils ne pourront être prorogés.

À la suite du concours seront également nommés des assistants adjoints, en nombre égal à celui des places de titulaires mises au concours. Ces assistants adjoints, dont le temps d'exercice sera de deux années, comme celui des assistants titulaires, seront appelés à remplacer ces derniers pendant leurs absences ou en cas de démission ou de décès.

---

Nous lisons dans le *Siglo Medico* que les médecins, pharmaciens et vétérinaires de Madrid se sont réunis le 13 avril dernier pour préparer le futur Congrès International de médecine qui se tiendra dans cette ville en avril 1903. Le bureau est constitué de la façon suivante :

*Président* : D<sup>r</sup> CALLEJA, doyen de la Faculté de médecine.

*Vice-présidents* : Marquis DE GUADALERZAS, président de l'Académie Royale de médecine ; D<sup>rs</sup> CORTEZO et CORTEJARENA, anciens Directeurs généraux de la Santé. — D<sup>r</sup> PULIDO, directeur général actuel de la Santé.

*Trésorier* : D<sup>r</sup> GOMEZ OCAÑA, professeur à la Faculté de médecine.

*Secrétaire général* : D<sup>r</sup> FERNANDEZ CABO, sous-inspecteur de la santé militaire.

---

Le D<sup>r</sup> HAMON DU FOUGERAY (du Mans) a recommencé son cours de *Psycho-Physiologie anormale* à la Faculté des Lettres de Rennes, le jeudi 25 avril 1901. Il s'occupera cette année de la Psycho-physiologie anormale en général et du sourd-muet en particulier (Psycho-physiologie. — Pédagogie. — Assistance. — Législation).

---

Le D<sup>r</sup> JACQUES, professeur agrégé, a été, à dater du 1<sup>er</sup> avril dernier, chargé d'un cours de clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez, à la Faculté de médecine de Nancy, fondation universitaire.

L'Association médicale britannique tiendra sa 69<sup>e</sup> session annuelle à Cheltenham, les 30 et 31 juillet, 1<sup>er</sup> et 2 août 1901. La section otolaryngologique sera présidée par F. MARK HOWELL; les secrétaires sont: W. LAMB, 22, Temple Row, BIRMINGHAM, et J. BRAINE-HARTNELL, COSTWOLD sanatorium, près Stroud.

Les prochaines séances de la *Société Otologique du Royaume-Uni* auront lieu le 11 mai à Edimbourg et le 10 juin à Londres.

Le buste en marbre du Dr HORACE GREEN, un des premiers laryngologistes américains, vient d'être offert à l'Académie de médecine de New-York par sa veuve et son fils.

Une *Société berlinoise d'otologie* vient de se constituer et siégera le second mardi de chaque mois. MM. LUCAS, TRAUTMANN, JACOBSON, HARTMAN, HANKE, SCHWABACH et BLAU font partie du bureau.

La session annuelle de la section de l'Ouest de la *Société américaine laryngo-rhino-otologique* s'est tenue à Dallas, Texas, le 15 mars dernier :

Bureau : R. C. MYLES (New-York), président; W. C. PHILLIPS (New-York), secrétaire; E. W. DAY (PITTSBURG), trésorier.

Vice-présidents : Section Est : W. SCOTT RENNER (Buffalo).

Section du Centre : N. H. PIERCE (Chicago).

Section du Sud : J. A. WHITE (Richmond).

Section de l'Ouest : J. O. Mc REYNOLDS (Dallas).

#### Programme.

1. W. CHEATHAM (Louisville). Sérothérapie et tubage dans le croup. — 2. N. H. PIERCE (Chicago). Pathologie et traitement des cellules épitympaniques. — 3. O. JOACHIM (New-Orléans). Observations d'otorrhées suppurées chroniques opérées. — 4. F. B. TIFFANY (Kansas City). Indications pour la Politization et le cathétérisme des trompes d'Eustache. — 5. DUNDAS GRANT (Londres). Valeur diagnostique de l'éclairage par transparence dans les sinusites. — 6. A. GOUGUENHEIM (Paris). Traitement de la laryngite chronique des chanteurs. — 7. R. C. MYLES (New-York). Limites des opérations ethmoïdales. — 8. H. L. WAGNER (San-Francisco). Anesthésie dans les opérations sur la gorge. — 9. W. C. PHILLIPS (New-York); A. W. CALHOUN (Atlanta), D. B. KYLE (Philadelphie). Ablation des végétations adénoïdes rhinop-haryngiennes.

La succession du Professeur KUHN à la direction de la Clinique otologique de l'Université de Strasbourg a été offerte au Professeur KÜMMEL, directeur de la Polyclinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Breslau.

Le Dr G. GERONZI a été nommé aide de la clinique otologique de l'Université de Rome du 1<sup>er</sup> décembre 1900 au 31 octobre 1901, aux appointements de 1500 fr. Le Dr DE CARLI a été désigné dans les mêmes conditions du 1<sup>er</sup> novembre 1900 au 31 octobre 1902.

La Société Otologique de New-York a nommé son bureau pour 1901. *Président* : H. KNAPP. — *Vice-président* : J.-B. EMERSON. — *Secrétaire* : H. A. ALDERTON.

Le Prof. KÖRNER, directeur de la clinique oto-rhinologique de Rostock, jusqu'ici Professeur ordinaire honoraire, vient d'être promu Professeur ordinaire. La *Berliner Klinische Wochenschrift* fait observer que l'Université de Rostock est la première en Allemagne qui confère l'ordinariat pour l'otolaryngologie.

Nous lisons dans l'*Archivio Italiano di Otologia* que le Prof. V. NICOLAI, de Milan, publiera, au cours de cette année, un atlas composé de 80 planches avec environ 300 figures, se rapportant à la technique de l'examen du pharynx, du larynx, du nez, de l'oreille et à l'anatomie topographique de ces régions. Un texte explicatif sera annexé aux figures.

La 8<sup>e</sup> réunion des Laryngologistes de l'Allemagne du Sud aura lieu à Heidelberg, le 29 mai.

#### Communications.

1. KILLIAN (Fribourg en Brisgau). L'hystérie dans ses rapports avec le larynx. — 2. BETZ (Mayence). a) Remarques sur la physiologie de la voix. b) Traitement de l'anosmie. — 3. SEIFERT (Wurtzbourg). La laryngite diabétique. — 4. AVELLIS (Francfort s/M.). Hémoptysie trachéale. — 5. SPIESS (Francfort s/M.). La phonation dans la position médiane unilatérale, causes et influence thérapeutique de certains troubles vocaux s'y rattachant. — 6. JURABZ (Heidelberg). Sur les luxations des cartilages laryngiens. — 7. H. MÜLLER (Heidelberg). Sur le chant et la parole normaux. — 8. MAGENAU (Heidelberg). Sur les lésions diabétiques des voies aériennes supérieures.

Le bureau de la Société autrichienne d'otologie est ainsi composé pour l'année 1901 : *Président* : V. URBANTSCHITSCH ; *vice-président* : A. POLITZER ; *secrétaire* : J. POLLAK ; *trésorier* : B. GOMPEZ ; *secrétaire des séances* : H. FREY.

L'Association d'ophtalmologie et d'oto-laryngologie de l'Ouest s'est réunie à Cincinnati, les 11 et 12 avril, sous la présidence du Dr Goldstein.

#### Programme.

1. W. SCHEPPEGRELL (New-Orléans). Hémophilie en rapport avec la chirurgie de l'oreille, du nez et de la gorge. — 2. D. T. VAIL (Cincinnati). Névrite optique consécutive à des lésions intra-nasales. — 3. J. H. JOHNSON (Kansas City). Diphthérie suivie de paralysie d'accommodation. — 4. H. W. LOEB (St-Louis). Moyens de réduction de la procidence du frein inter-maxillaire, permettant la rétention des deux incisives centrales en apposition complète. — 5. H. S. GARLICK (Cincinnati). Complications et suites des végétations adénoïdes. — 6. M. A. GOLDSTEIN (St-Louis). Technique nouvelle pour réduire l'hypertrophie des cornets. — 7. N. H. PIERCE (Chicago). Traitement de certaines suppurations de l'antre d'Highmore à travers l'orifice naturel. — 8. S. IGLAUR (Cincinnati). Relations pathologiques de quelques microbes rencontrés dans le nez. — 9. J. HOLLINGER, C. R. HOLMES et O. J. STEIN. Spongiosité de la capsule osseuse. — 10. A. H. ANDREWS et W. L. BALLENGER. Auscultation de la

mastoïde. — 11. T. F. RUMBOLD et N. H. PIERCE. Le stapedius comme muscle d'accommodation. — 12. C. BARCK (St Louis). Un cas d'abcès otique cérébelleux, thrombose des sinus et début d'abcès cervical. Guérison. — 13. G. F. KRIEGER (Lafayette). A propos des interventions mastoïdiennes. — 14. B. TAUBER (Cincinnati). Laryngite atrophique. — 15. H. FOSTER (Kansas City). Cause et traitement de l'œdème laryngien.

Le Conseil de l'Association laryngologique américaine propose les candidatures suivantes au titre de membre actif à l'occasion de sa prochaine réunion, le 27 mai.

J. PRICE BROWN (Toronto, Canada) présenté par ROE et WAGNER. Sujet : *Affections du nez et de la gorge.*

E. T. DICKERMAN (Chicago) présenté par CASSELBERRY et BROWN. Sujet : *Anatomie du passage naso-frontal au point de vue clinique.*

W. J. FREEMAN (Philadelphie), présenté par BLISS et C. H. KNIGHT. Sujet : *La cloison nasale.*

F. HYATT (Washington), présenté par MURRAY et BLISS. Sujet : *Etiologie et pathologie des ethmoïdites, avec une observation d'ethmoïdite suppurée.*

G. KING (New-Orléans), présenté par SHURLY et CASSELBERRY. Sujet : *La voie bucco antrale dans la névrectomie pour guérir le tic douloureux.*

R. C. MYLES (New-York), présenté par CASSELBERRY et ROE. Sujet : *Les amygdales, leurs fonctions, affections et traitement, avec observations personnelles concernant l'adhérence des tonsilles aux piliers du pharynx et certaines lésions de la base et latérales.*

Le collège pour les maladies des yeux, de l'oreille, du nez et de la gorge de Chicago vient d'être transformé en hôpital. Le nouveau bâtiment comprend quatre étages élevés sur un rez-de chaussée. Les trois étages supérieurs serviront d'hôpital, et les deux autres sont réservés aux consultations externes et à l'enseignement.

D'après le *New-York Medical Record*, l'adjonction d'un hôpital à une institution consacrée exclusivement aux maladies des yeux, de l'oreille et du nez, serait un fait unique aux Etats-Unis.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉRER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

**SIROPS LAROZE IODURÉS.** Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

**SIROPS LAROZE BROMURÉS.** Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

---

#### OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

**Des arthrites du larynx,** par E. ESCAT (Extrait des *Arch. Intern. de lar. otol. et rhin.*, janvier-février 1901).

**La tuberculose et la médication créosotée,** par S. BERNHEIM (Un vol. de 310 p., prix, 10 fr. A. Maloine, éditeur, Paris, 1901).

**Premier Congrès International de la Presse médicale,** Paris (26 28 juillet 1900), Compte rendu officiel des séances (Un vol. de 435 p. avec 19 figures dans le texte, *Institut Intern. de Bibliographie scient.*, Paris, 1901).

**Formes malignes de rhinite pseudo-membraneuse,** par C. CHAUVEAU (*Journ. de méd. interne*, 1<sup>er</sup> mars 1901).

**Répertoire bibliographique de la librairie française,** rédigé par D. JONDELL (Publication mensuelle annonçant les nouveaux livres français publiés en France et à l'étranger, 1<sup>re</sup> année, 1900, comprenant les 12 numéros de l'année, une table alphabétique par noms d'auteurs, une table alphabétique des matières, grand in-8° à 2 colonnes, prix cartonné, 7 fr. 50. Librairie Nilsson, Per Lamn, successeur, Paris, 1901).

**Zur Therapie des Cancroid (Contribution à la thérapeutique du cancroïde),** par O. LASSAR (Tiré à part de la *Berliner Klin. Woch.*, n° 10, 1901).

**L'examen anatomo-topographique et physiologique du larynx par la radioscopie,** par M. MIGNON (Extrait des *Arch. intern. de lar. otol. et rhin.*, janvier-février 1901).

**Algo sobre la sinusitis frontal cronica y la operacion de Ogston-Luc (A propos de la sinusite frontale chronique et de l'opération d'Ogston-Luc,** par C. Compaired (Madrid, 1901).

**Importanza del senso dell'olfatto in varie industrie agricole e presentazione del suo olfattometro (Importance du sens olfactif dans diverses industries agricoles et présentation de son olfactomètre,** par V. GRAZZI (Extrait des *Atti della R. Accad. dei Georgofili*, Florence 1901).

**Ueber galvanokaustischen Gefaessverschluss in der Nase als einleitenden Akt intranasaler Eingriff (Sur l'obstruction vasculaire galvanocaustique du nez comme acte préliminaire de l'intervention intra nasale,** par OSTMANN (Tiré à part de la *Deuts. med. Woch.*, n° 14, 1901).

**Experimentelle Untersuchungen zur Massage der Ohren (Recherches expérimentales sur le massage de l'oreille,** par OSTMANN (Tiré à part des *Archiv. f. Ohrenh.*, 1901).

**Du traitement aérothermique en général et plus particulièrement en rhinologie,** par M. MENIER (Cadoret, Bordeaux).

*Le Gérant : MASSON et Cie.*



